

後期高齢者医療被保険者証等送付先申請書

被 保 険 者	被保険者番号									
	フリガナ							性 別	男 ・ 女	
	氏 名									
	生 年 月 日	明治 ・ 大正 ・ 昭和						年	月	日
	住 所	〒 — 電話番号 () —								
郵 送 を 希 望 す る 送 付 先	フリガナ									
	氏 名									
	住 所	〒 — 電話番号 () —								
申 請 理 由										
<p>石川県後期高齢者医療広域連合長様</p> <p>上記の理由により、郵送物の送付先を申請します。</p> <p>令和 年 月 日</p> <p style="text-align: right;">【申請者】</p> <p style="text-align: right;">〒 —</p> <p style="text-align: right;">住 所 _____</p> <p style="text-align: right;">氏 名 _____</p> <p style="text-align: right;">被保険者との続柄()</p> <p style="text-align: right;">電話番号 () _____</p>										