送付先解除申請書

令和　　年　　月　　日

長浜市長　様
後期高齢者医療広域連合長　様

届出人	住　所			
	氏　名			
	電話番号		対象者との関係(続柄)	

対象者 被保険者 納税義務者 世帯主	住　所			
	氏　名			
	生年月日	大正　昭和　平成　西暦　　年　　月　　日		
	電話番号			
解除送付先	住　所	〒　　－		
	方書き	様方	電話番号	

送付先解除を希望する書類 ※あてはまるものに〇をしてください。	市税	すべて・固定資産税・市県民税・軽自動車税（種別割）・法人市民税
	国民健康保険	すべて・資格確認書・資格情報通知書（資格情報のお知らせ） ・限度額等認定証・各種申請書・保険料
	介護保険 (65歳以上)	すべて・その他（　　）可能な範囲となりますので、内容をご相談ください。
	後期高齢者医療 (75歳以上)	すべて・資格関係・給付関係・保険料・その他（　　） ※後期高齢者医療の資格を取得中の方のみ〇印をしてください。 （それ以外の方については無効となります。）
	福祉医療・他	福祉医療　・　その他（　　） ※資格をお持ちの方のみ記入してください
	しょうがい関係	すべて・しょうがい手帳・その他（　　）
送付先解除理由		
特記事項		

※以下は記入しないでください。

宛名番号	税務課	介護保険課	保険年金課	しょうがい福祉課	北部・各窓口	滞納整理課	
宛名番号（解除送付先）							
被保険者番号							