ー記入例ー

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	長浜市湖北町速水○○○○番地		
	氏　名	浅井　市子		
	電話番号	0749－65－○○○○	対象者との関係(続柄)	子の妻

対象者 被保険者 納税義務者 世帯主	住　所	長浜市八幡東町６３２番地		
	氏　名	今浜　佐吉		
	生年月日	大正　(昭和)　平成　西暦　２８年　５月　５日		
	電話番号	0749-62-4111		
解除送付先	住　所	〒５２６　－０３４１ 長浜市湖北町速水○○○○番地		
	方書き	浅井　市子　様方	電話番号	0749-65-○○○○

送付先解除を希望する書類 ※あてはまるものに○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○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							