

後期高齢者医療に関する送付物の送付先変更依頼書

被保険者番号									
被保険者氏名							生年月日	年 月 日	
住 所								電話番号	()

依頼の内容	<input type="checkbox"/> 送付先変更	<input type="checkbox"/> 送付先変更の解除
-------	--------------------------------	-----------------------------------

(『依頼の内容』で「送付先変更」を選択された方はご記入ください。)

理 由 <small>(具体的にご記入ください)</small>		
送 付 先	〒 _____ _____ 電話番号 ()	
送付先宛名	フリガナ	被保険者との関係
	宛名	

東京都後期高齢者医療広域連合長 　あて	年 月 日
後期高齢者医療に関する送付物の送付先について、上記のとおり 送付解除 を依頼します。	
依頼者 氏 名	_____
住 所	_____
	電話番号 () _____

【処 理 欄】

広	自

確認者	入力者	受付者

受 付 印	
-------------	--

※申請手続きをする方の本人確認書類(マイナンバーカード・免許証・健康保険証等)のコピーを添付してください。