

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		被保険者生年月日
被保険者氏名		
被保険者住所		

依頼の内容 <small>(どちらかに☑をつけてください)</small>	<input type="checkbox"/> 送付先変更	<input type="checkbox"/> 送付先変更の解除
理 由 <small>(該当する箇所に☑をつけてください)</small>	<input type="checkbox"/> 郵便物の管理 <input type="checkbox"/> 施設入所 <input type="checkbox"/> 長期不在 <input type="checkbox"/> 本人死亡 <input type="checkbox"/> 成年後見人、保佐人等就任	
	<input type="checkbox"/> 送付先変更の必要がなくなった <input type="checkbox"/> 成年後見人、保佐人等退任	
	<input type="checkbox"/> その他(_____)	

(『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。)

送 付 先	〒 _____ _____ _____ 電話番号 (_____)	
送付先宛名	フリガナ _____ 宛 名 _____	被保険者との関係 _____

東京都後期高齢者医療広域連合 様	令和 _____ 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	フリガナ _____ 氏 名 _____ 住 所 _____ _____ 電話番号 (_____)

【提出される方へ】 依頼者の本人確認書類(マイナンバーカード、運転免許証、資格確認書等)のコピーを添付してください。

【処理欄】

	宛名番号		
標準	入力者	確認者	受付者
自庁	入力者	確認者	受付者

受 付 印