

後期高齢者医療に関する送付物の送付先変更依頼書

記入例

被保険者番号	9 9 9 9 9 9 9 9	被保険者生年月日
被保険者氏名	三鷹 太郎	昭和〇年〇月〇日
被保険者住所	三鷹市野崎 1 - 1 - 1	被保険者の情報をご記入ください。

依頼の内容 <small>(どちらかに☑をつけてください)</small>	<input checked="" 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 checked="" 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	〒 181 - 0001 三鷹市井の頭 〇-〇-〇  電話番号 0422 ( 45 ) 1151	
送付先宛名	フリガナ ノザキ ハナコ	被保険者との関係
	宛名 野崎 花子	長女

東京都後期高齢者医療広域連合 様 令和 〇 年 〇 月 〇 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 ノザキ ハナコ	依頼者の情報をご記入ください。
	氏名 野崎 花子	
	住所 同上	
	電話番号 同上 ( )	

【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。

【如】依頼者の本人確認書類(写し)を添付してください。  
成年後見人等の場合は、その事実を確認できる書類(写し)も添付してください。

受付印
-----