

# 記入例

## 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	9	9	9	9	9	9	9	9	被保険者の情報をご記入ください。
被保険者氏名	三鷹 太郎							生年月日	昭和〇年 〇月 〇日
住 所	三鷹市野崎1-1-1 電話番号 0422 ( 29 ) 9219								

変更か解除に☑をしてください。	
依頼の内容	<input checked="" 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 (具体的にご記入ください)	成年後見人に選任されたため	
送 付 先	〒 181 - 0014 三鷹市野崎〇-〇-〇 〇〇〇法律事務所 電話番号 0422 ( 45 ) 1151	
	フリガナ ノザキ ハナコ 宛名 野崎 花子	被保険者との関係 成年後見人

東京都後期高齢者医療広域連合長 あて	依頼者の情報をご記入ください。	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		<input checked="" type="radio"/> 送付 <input type="radio"/> 解除 を依頼します。
依頼者 氏 名	野崎 花子	
住 所	三鷹市野崎〇-〇-〇 〇〇〇法律事務所 電話番号 0422 ( 45 ) 1151	

### 【処 理 欄】

依頼者の本人確認書類の写しを添付してください。成年後見人等の場合は登記事項証明書か審判書の写しも添付してください。

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・健康保険証や資格確認書等)のコピーを添付してください。