

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		生年月日	大・昭	年	月	日
被保険者氏名						
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 <input type="checkbox"/> 送付先の再変更					
送付先変更日	年 月 日					

(『依頼の内容』で「送付先変更」および「送付先の再変更」を選択された場合、ご記入ください。)

理 由	1. 被保険者自身で郵便物を管理することが困難なため（親族等に送付希望の場合） 2. 病院や施設へ入院・入所しているため（病院や施設に送付希望の場合） 3. 一時的に居所を移しているため 4. その他（具体的に： _____）		
送 付 先	〒 _____ _____ 電話番号 ()		
フリガナ			被保険者との関係
送付先宛名			

東京都後期高齢者医療広域連合長 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、上記のとおり送付を依頼します。

依頼者 氏 名 _____

住 所 _____

電話番号 ()

(『依頼の内容』で「送付先の再変更」を選択された場合、ご記入が必要です。)

上記のとおり送付先を再変更することに同意します。

前依頼人 住所 _____

氏名 _____ 被保険者との関係 ()

【 処 理 欄 】※以下は記入不要です。

・続柄 本人・配偶者・子・その他 () ・身分確認書類 免許証・運転経歴証明・パスポート マイナンバーカード・後期証・介護証 通帳 (枚)・診察券 (枚) キャッシュカード (枚)・その他 ()		確認者	入力者	受付者	受 付 印	
	送付先を変更する物	変更後の送付物の有無	送付日・送付者			
全て・証のみ・証以外	無・有 ()	/ / .				