

後期高齢者医療に関する送付物の送付先変更依頼書

記入見本

| | | | | | | | | | | |
|--------|-------------------|---|---|---|---|---|---|---|------|-----------------|
| 被保険者番号 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | | |
| (フリガナ) | ネリマ タロウ | | | | | | | | 生年月日 | 明・大 昭 11年 5月 5日 |
| 被保険者氏名 | 練馬 太郎 | | | | | | | | | |
| 住所 | 練馬区 豊玉北6 - 12 - 1 | | | | | | | | 電話番号 | () |

| | | | |
|----------|---------|-----------|----------|
| 依頼の内容・時期 | 1 送付先変更 | 2 送付先変更解除 | 令和 年 月 日 |
|----------|---------|-----------|----------|

(『依頼理由』を「1から5」の番号の中から選んで をしてください。)

| | |
|------------------------------------------------|-------------------------------------|
| 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(親族等に送る場合) |
| | 2 病院や施設へ長期に入院・入所しているため(病院や施設に送る場合) |
| | 3 成年後見制度により保護を受けているため(成年後見人等に送る場合) |
| | 4 一時的に居所を移しているため |
| | 具体的に |
| | 5 その他 具体的に |
| それぞれの理由により提出する書類が変わりますので、詳しくは送付先変更のご案内をご覧ください。 | |

| | | | |
|------------------------------------------------|--------------------------------|-------------|----------------|
| 送付先住所 | 〒177 - 8509 練馬区石神井町3 - 30 - 26 | 電話番号 | 03 (3922) 1177 |
| (フリガナ) | シャクジイ ハナコ | 被保険者との関係(子) | |
| 送付先宛名 | 石神井 花子 | | |
| 送付先宛名の方の身分証明書の写しを添付して下さい。(住所が確認できるようにコピーして下さい) | | | |

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について、上記の送付先へ送付くださいますよう依頼します。

依頼者 氏 名 練馬 太郎

住 所 練馬区豊玉北6 - 12 - 1

電 話 03 (5984) 4587

被保険者の情報(被保険者番号、氏名等)をお書きください。

送付を希望する住所等をお書きください。

「1 送付先変更」、「2 送付先変更解除」のどちらかにマルをしてください。
日にちを指定して設定したい場合のみ、日にちをお書きください。

依頼者の氏名、住所、電話番号をお書きください。
被保険者以外の方でも可。

該当の番号にマルをしてください。
4、5を選んだ場合は具体的に理由をお書きください。

送付先解除申請の場合は、 についてお書きください。