

後期高齢者医療に関する送付物の送付先変更依頼書

A2

被保険者番号								
(フリガナ)								
被保険者氏名			生年月日	明・大・昭	年	月	日	
住所	練馬区							
			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 居所を移した理由を以下にご記入ください 具体的に
	5 その他 具体的に
理由1~5のそれぞれで提出する書類が異なりますので、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	〒 -	
	電話番号	()

(フリガナ)		
送付先宛名	被保険者との関係 ()	

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
 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。
 令和 年 月 日

依頼者 氏 名 _____
 住 所 _____
 電 話 () _____

以下は記入不要です

【 処 理 欄 】

送付物なし 送付物あり 証・減・他		
送付日	送付者	
郵送管理簿	確認	入力

受付者	入力者	確認者	受 付 印
	標準		
	後期		