

後期高齢者医療に関する送付物の送付先変更依頼

記入見本

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

依頼の内容・時期	②	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	③	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	④ 〒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
送付先宛名	石神井 花子 被保険者との関係 (子)
※送付先宛名の方の本人確認書類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 令和〇〇年 △月 ×日

後期高齢者医療に関する送付物について、上記のとおり依頼します。

⑤ 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

① 被保険者の情報(被保険者番号、氏名等)をお書きください。

② 「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。

③ 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。

④ 送付を希望する住所等をお書きください。

⑤ 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。

※送付先解除申請の場合は①、②、⑤についてお書きください。