

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
	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)			被保険者との関係	()
送付先宛名				

※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
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。

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		