

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											
被保険者氏名							生年月日	大正 昭和	年	月	日
住 所											
電話番号 ()											

依頼の内容	<input type="checkbox"/> 開始（送付先を設定する） <input type="checkbox"/> 変更（設定されている送付先を変更する） <input type="checkbox"/> 終了（送付先の設定を解除する）										
-------	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

（『依頼の内容』で「開始」「変更」を選択された方はご記入ください。）

理 由	<input type="checkbox"/> 本人による郵便物の管理が困難なため <input type="checkbox"/> 親族のもとに一時的に居住しているため <input type="checkbox"/> 長期入院や施設入所のため <input type="checkbox"/> 後見制度利用のため <input type="checkbox"/> 本人死亡のため <input type="checkbox"/> その他（具体的に： _____ ）										
送付先変更期間	令和 年 月 日 から 令和 年 月 日										
送 付 先	〒 _____ _____ 電話番号 ()										
ふりがな											
送付先宛名	被保険者との関係 ()										

東京都後期高齢者医療広域連合長 あて

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、上記のとおり変更を依頼します。

なお、この依頼については、被保険者本人およびその関係者、送付先等に対して説明済みであり、異議等については、申請者が責任を持って対応します。

申請者 氏 名 _____

住 所 _____

電話番号 ()

【処 理 欄】

受付者	入力者	確認者	受 付 印