

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"/> 送付先変更 <input type="checkbox"/> 送付先変更の解除
-------	---

(『依頼の内容』で「送付先変更」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。	
依頼者	氏 名 _____
	住 所 _____
	電話番号 () _____

【処 理 欄】

受付者	入力者	確認者	受 付 印

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	1	2	3	4	5	6	7	8	記入見本					
被保険者氏名	江東 太郎							生年月日	大正 昭和	22	12	1	日	
住 所	江東区東陽4-11-28										電話番号	03	(3647)	9111

依頼の内容	<input checked="" type="checkbox"/> 送付先変更	<input type="checkbox"/> 送付先変更の解除
-------	---	-----------------------------------

(『依頼の内容』で「送付先変更」を選択された方はご記入ください)

理 由	<input checked="" type="checkbox"/> 本人による郵便物の管理が困難なため <input type="checkbox"/> 長期入院や施設入所のため <input type="checkbox"/> 本人死亡のため <input type="checkbox"/> その他 (具体的に: _____)	該当する項目にチェックしてください
送付先変更期間	令和 4 年 12 月 1 日 から 令和 _____ 年 _____ 月 _____ 日	
送 付 先	この宛名に郵送しますので、送付先の住所・宛名を確認できる書類や保険証のコピーなどを添付してください。 <u>住所記載面も忘れずにコピーしてください。</u> 施設や病院に送る場合は、所在地の記載のある領収書類の写しや、封筒・パンフレット等を添付してください。 ※親族宛であっても、住所の記載のある保険証や免許証等の身分証明書のコピーを添付してください。	
ふりがな		
送付先宛名		

東京都後期高齢者医療広域連合長 あて	依頼者は、本人でも親族等でも結構です。 依頼者の身分証明書のコピー を添付してください。 ただし、送付先=依頼者の場合、コピー添付は1点で結構です。
後期高齢者医療に関する送付物の送付先について	
依頼者 氏 名 <u>江東 一郎</u>	
住 所 <u>〇〇市〇〇町〇〇-〇-〇-〇〇〇</u>	
電話番号 <u>〇〇〇 (〇〇〇〇) 〇〇〇〇</u>	

*** お 願 い ***

成年後見制度の後見人等に選任された方が届け出をする場合は、登記事項証明書の写しを添付してください。

送付者	入力者	確認者	受 付 印