

## 後期高齢者医療に関する送付物の送付先変更解除依頼書

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

解除後の注意事項

変更の解除は、事務取扱部署で本書の受領後になります。

解除後の郵便物の送付先は、住民登録地（住民票・被保険者証に記載されている住所）となります。

解除後、別の送付先に変更する場合は、再度送付先変更のお届けが必要となります。

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、上記のとおり解除を依頼します。

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解除依頼書

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年12月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 type="checkbox"/> 送付先変更 <input checked="" type="checkbox"/> 送付先変更の解除
-------	---

解除後の注意事項

変更の解除は、事務取扱部署で本書の受領後になります。

解除後の郵便物の送付先は、住民登録地（住民票・被保険者証に記載されている住所）となります。

解除後、別の送付先に変更する場合は、再度送付先変更のお届けが必要となります。

東京都後期高齢者医療広域連合長 あて	送付先変更申請時の依頼者をご記入ください
後期高齢者医療に関する送付物の送付先について、上記のとおり依頼します。	
依頼者 氏 名	江東 一郎
住 所	〇〇市〇〇町〇〇-〇-〇-〇〇〇
電話番号	〇〇〇 ( 〇〇〇〇 ) 〇〇〇〇

【処 理 欄】

受付者	入力者	確認者	受 付 印