

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 <small>(具体的にご記入ください)</small>	<input type="checkbox"/> 親族のもとにいるため もしくは 親族が郵便物管理をするため <input type="checkbox"/> 施設入所中 もしくは 病院入院中のため <input type="checkbox"/> 成年後見制度利用のため <input type="checkbox"/> その他 ※ご記入ください ()										
送付先変更期間	令和 年 月 日 から 年 月 日										
送 付 先	〒 _____ _____ 方 電話番号 ()										
フリガナ											
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】

確認者	入力者	添付書類	受付者	受 付 印	
		証	申 HPDL		
		住	郵送受		