

後期高齢者医療に関する送付物の送付先変更依頼書（死亡分）

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（ ）											

理 由 (具体的にご記入ください)	☐ 本人死亡により、親族が郵便物管理をするため ☐ 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 日まで											
送 付 先	〒 ー 方 電話番号（ ）											
フリガナ												
送付先宛名	被保険者との関係（ ）											
介護分送付先	☐ 介護保険関係書類の送付先も変更します。											

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、上記のとおり変更を依頼します。												
従前の送付先の解除については依頼者が報告し、本変更依頼に関して問題が生じた場合は責任をもって処理し、貴団体に迷惑をかけないことを申し添えます。												
依頼者 住 所 _____												
氏 名 _____												
電話番号（ ） _____												

【処 理 欄】

入力者	確認者	受付者	介護回送	受 付 印
標				
基				