

記入例

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	0	1	2	3	4	5	6	7					
被保険者氏名	広域 花子							生年 月日	大正 昭和	5	12	30	日
住 所	千代田区飯田橋三丁目5番1号										電話番号 03 (3579) 2373		

被保険者証等を参考に、
ご本人の情報をご記入ください

該当する方に印をつけてください

依頼の内容	☒ 送付先変更	☐ 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 (具体的にご記入ください)	☒ 親族のもとにいるため もしくは親族が郵便 ☐ 施設入所中 もしくは病院入院中のため ☐ 成年後見制度利用のため ☐ その他 ※ご記入ください ()
----------------------	--

該当するものに印をつけてください
その他の場合は () 内に
理由を詳しくご記入ください

送付先変更期間	令和 3 年 1 月 8 日 から	年 月 日
---------	-------------------	-------

送付先の住所・宛名・
被保険者との関係(続
柄)をご記入ください
※必ず宛名に被保険者
名が入ります

〒 173 - 0004
板橋区板橋二丁目 66 番 1 号
電話番号 03 (3579) 2327
イタバシ タロウ

終了日は未記入でも構いません

送付先宛名	板橋 太郎	被保険者との関係 (長男)
-------	-------	-----------------

記入日をご記入ください

東京都後期高齢者医療広域連合長 あて

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。

令和 3 年 1 月 8 日

依頼者 氏 名 板橋 太郎

住 所 板橋区板橋二丁目 66 番 1 号

電話番号 03 (3579) 2327

記入者の氏名、住所、連絡先を
ご記入ください

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