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		生年月日	年　月　日
被保険者氏名		電話番号	
住　所			

依頼の内容	・送付先変更　・今回の送付物のみ変更　・送付先変更の解除
備考	

※変更（解除）は、届出を受領した日からになります。

変更理由	１：郵送物を管理することが困難なため ２：一時的に居住地を変更しているため（施設への入所を含む） ３：本人が死亡したため ４：その他　（　　） ※３以外の変更理由の場合「（送付先宛名）様方（被保険者）様」あてになります。
送　付　先	［　依頼者　／　被保険者　］の住所に同じ 〒　　－ 電話番号　（　　）
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　様

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、上記のとおり依頼します。
関係者への説明は依頼者である私が行い、紛争等が生じた場合は依頼者の責任において解決します。

依頼者　住　所 ＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

氏　名 ＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

電話番号 ＿＿＿（　　）＿＿＿ 被保険者との関係（　　）

【職員処理欄】

後期			
住登外	電話	住所	確認
有・無			

広域	
入力	確認

受付印