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	클								生年月日	T·S	年	月	日	
被保険者氏名	3	•	•				•		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						(特定の送付物の変更を希望する場合) □ 資格(保険証など) □ 給付(高額療養費など) □ 保険料(保険料決定通知、納付書など)						
(『依頼の内容』	で「送	付先変更	<u>[</u>] [4	今回の	送付物	カのみ	変更」	を選択	Rされた方に	はご記入く	ください	`)		
理由(具体的にご記入くださ						· · · ·								
送付先変更期間		令	和	年		月	日	から	令和	年	月	日		
送付先		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、上記のとおり送付くださいますよう依頼します。														
依頼者	信	主 所												
	E	无 名												
	Ē	 話番号			()						
【処理欄】		後期						r	広域]		Sn Sn		
	住登外						広域 受付印 入力 確認					-		
	有・無													
				-				-						