

後期高齢者医療 送付先変更届

被 保 険 者	被保険者番号			
	住 所			
	フリガナ		生年月日	明治・大正・昭和 年 月 日
	氏 名			
変 更 後 の 送 付 先 ・ 宛 名	住 所	〒		
	フリガナ		被保険者 との関係	・本人 ・親族 () ・成年後見人等 ・その他 ()
	氏 名			
	電話番号	※日中連絡のとれる番号を記入してください。		
送付先を 変更する理由				
送付先変更の期間		永年 ・ 令和 年 月まで		
変更する書類		全て ・ 一部 (保険証等/給付関係書類/保険料関係書類)		

当該被保険者に対する後期高齢者医療に関する書類及び被保険者証については、上記の事由により居住地での受け取りが困難であるため、送付先の変更を依頼します。

なお、この送付先変更に関する事項は、被保険者（またはその関係者）並びに送付先に説明済みであり、生じた問題に対する責任は、申請者である私が負うことに同意します。

令和 年 月 日

申請者 氏 名 ⑩

住 所

被保険者との関係

電話番号