

赤字 部分をご記入ください。

## 後期高齢者医療 送付先変更届 記入例

被 保 険 者	被保険者番号	00111111		
	住 所	千葉県市川市末広1丁目1番31号		
	フリガナ	イチカワ ハナコ	生年月日	明治・大正・昭和
	氏 名	市川 花子		15年 1月 1日
変 更 後 の 送 付 先 ・ 宛 名	住 所	〒 272-8501 千葉県市川市八幡1丁目1番1号		
	フリガナ	イチカワ タロウ	被保険者 との関係	・本人 ・親族（長男） ・成年後見人等 ・その他（ ）
	氏 名	市川 太郎		※日中連絡のとれる番号を記入してください。
	電話番号	047( 111 )1111		
送付先を 変更する理由	施設に入所したため など			
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 2年 5月 1日

申請者 氏 名

市川 太郎



変更後の送付先と一緒に  
住所、被保険者との関係、電話  
番号は省略してかまいません。

住 所	千葉県市川市八幡1丁目1番1号
被保険者との関係	長男
電話番号	047( 111 )1111

※ 被保険者本人の公的な本人確認書類のコピー（運転免許証、保険証、介護保険証、住民基本台帳カード、マイナンバーカード（写真付）、パスポートなど）と、申請者のかた（被保険者本人と異なる場合）の本人確認書類のコピーを、必ず同封 してください。高齢者医療担当までご提出ください。