

後期高齢者医療に関する送付物の送付先変更依頼書

書き方見本

被保険者番号											
(フリガナ) 被保険者氏名								生年月日 明・大・昭	年	月	日
住 所								電話番号	()	
依頼の内容	<input checked="" type="checkbox"/> 送付先変更 <input type="checkbox"/> 送付先変更の解除										

被保険者の方について

チェックを入れて下さい

(『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)											
送付先変更期間	年	月	日	から	年	月	日				
送 付 先	〒 _____										方
	電話番号 ()										
(フリガナ) 送付先宛名	被保険者との関係 ()										

ご記入下さい。
(期限を定めない場合、終期設定は不要です)

この2か所は、
同じご住所及び
氏名(宛名)を
ご記入下さい。

⇒ここで記入する
ご住所・氏名が明
記されているもの
が、依頼の添付書
類として必要です
(免許証の写し等)。

東京都後期高齢者医療広域連合長 あて
東 村 山 市 長 あて

_____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、上記のとおり変更を依頼します。

(フリガナ)

依頼者 氏 名 _____

住 所 _____

電話番号 () _____

【処 理 欄】

添付書類	標準システム							K	受付日印
	資格	賦課	収納	給付	減額査定	医療費	後発医薬		
イ. 運転免許証	/	/	/	/	X	/	/	/	
ロ. 健康保険証	/	/	/	/	X	/	/	/	
ハ. 登記事項証明書									
ニ. その他 ()									
						受付者	入力者	確認者	