後期高齢者医療に関する送付物の送付先変更依頼書

記　入　例

被保険者番号	
被保険者氏名	
住　　所	

被保険者の被保険者番号、氏名、住所、電話番号を記入ください。

該当する項目に レ をつけてください。

依頼の内容	□送付先変更　　□送付先変更の解除

（『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）	①成年後見人・任意後見人・保佐人・補助人が選任されたため（登記事項証明書写し添付） ②施設入所しているため ③病院等に入院しているため ④本人が管理できないため ⑤その他（　　）
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（　　）

該当する番号に〇をつけてください。

送付先変更を開始する年月日を記入ください。

変更する送付先、電話番号を記入ください。

送付先宛名、続柄を記入ください。

東京都後期高齢者医療広域連合長　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。

依頼者の氏名、住所、電話番号を記入ください。

依頼者　　氏　　名

住　　所

電話番号　　（　　）

送付先変更依頼書を申請する場合、送付先及び依頼者の身分証明書（運転免許証、住基カード又はパスポート等の顔写真付きのもの/顔写真付きの証明書がない場合は保険証）のコピーを添付ください。

この申請をすることにより、後期高齢者医療に関するすべての書類の送付先が変更となります。送付先をさらに変更する、解除する等の場合は、改めて申請が必要となりますのでご了承ください。

武蔵村山市市民部保険年金課後期・年金係　　TEL　042－565－1111　内線135・136