

後期高齢者医療に関する送付物の送付先変更依頼書

※お手続きには添付書類が必要です（裏面参照）

※後期高齢者医療制度については、送付先の  
反映に1か月以上かかる場合があります

被保険者番号									
被保険者氏名									年 月 日生
住 所									

依頼の内容	<input type="checkbox"/> 送付先変更	<input type="checkbox"/> 送付先変更の解除
-------	--------------------------------	-----------------------------------

（『依頼の内容』で「送付先変更」を選択された方をご記入ください。）

理 由 <small>（具体的にご記入ください）</small>		
送 付 先	〒 _____ 方	
	電話番号 ( )	被保険者との関係 ( )
送付先宛名		

※介護保険に関する通知の送付先も変更を希望する場合は、お申し出ください。

※高齢者福祉課で別途確認が必要な場合、ご連絡することがあります。

変更を希望 する しない

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 氏 名 \_\_\_\_\_

住 所 \_\_\_\_\_

電話番号 ( ) \_\_\_\_\_

【処 理 欄】

介護保険関係通知の送付先変更の希望

あり ・ なし ・ 未



宛名番号= \_\_\_\_\_

受付者	入力者	確認者	受 付 印