

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）**

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」を選択された方はご記入ください。）

理 由 (具体的にご記入ください)		
送 付 先	〒 一 _____	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