

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	〒 _____ _____ 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	