

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

※こちらの記入例を参考に送付先依頼書にご記入ください。

| | | | | | | | | |
|--------|--------------|---|---|---|---|---|---|---|
| 被保険者番号 | 0 | 1 | 1 | 2 | 2 | 3 | 3 | 3 |
| 被保険者氏名 | 広域 太郎 | | | | | | | |
| 住 所 | 品川区広町 2-1-36 | | | | | | | |

| | | |
|-------|---|-----------------------------------|
| 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 |
|-------|---|-----------------------------------|

(『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) | 長期間の入院により、長女が世話をしているため |
| 送 付 先 | 〒 1 4 1 - 0 0 3 3 品川区西品川 1 - 2 8 - 3 品川 花子 方 電話番号 0 3 (5 7 4 2) 6 7 3 6 被保険者との関係 (長女) |
| 送付先宛名 | 広域 太郎 |

| | |
|---|------------------------------|
| 東京都後期高齢者医療広域連合長 様 | 令和 〇〇年 〇月 〇〇日 |
| 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 | 品川 花子 |
| 住 所 | 品川区西品川 1 - 2 8 - 3 |
| | 電話番号 0 3 (5 7 4 2) 6 7 3 6 |

※確認書類が必要です。

上記 記入例の場合は、「送付先変更依頼書」に
広域太郎様の「本人確認書類のコピー」と
品川花子様「住所地が記載された書類(運転免許証など)のコピー」を同封して送付してください。

| | | | |
|-----|-----|-------------|--|
| 入力者 | 確認者 | 受 付 印 | |
| | | | |