

【必ず本人確認書類と一緒にご提出ください】

後期高齢者医療 送付先 変更
変更解除 申請書

書き方

号	
名	
生年月日	※被保険者本人の氏名等をご記入ください。
現住所	
送付先住所	<input type="checkbox"/> 送付先変更を解除し、現住所に戻す。 —
方書	※郵便物受取人様についてご記入ください。
フリガナ	
郵便物受取人	
連絡先電話番号	自宅・携帯・職場 () —
申請理由	<input type="checkbox"/> 入院中 <input type="checkbox"/> 施設入所中 <input type="checkbox"/> 成年後見人等を受取人とするため(証明書添付) <input type="checkbox"/> 書類の管理が困難なため <input type="checkbox"/> その他(具体的にご記入ください)
※□にチェックしていただかくか、具体的に理由をご記入ください。	

上記のとおり送付先の変更を申請します。

送付先変更を申請するにあたり、以下のことを誓約します。

- 申請内容に変更が生じた場合、すみやかに届出をします。
- 送付先変更後の住所に郵便物が届かなくなった、又は連絡がとれなくなった場合は、広域連合が適宜、送付先変更を解除することを了承します。
- この申請に関するすべての責は申請者により負います。

愛知県後期高齢者医療広域連合長 様

本人確認ができる書類は上段
(写真が貼付された官公署の発行する証明書) の場合は1点、
下段の場合は2点必要です。

申請者
記入者)

※被保険者本人の氏名を

ご記入ください。

被保険者本人以外の方の申請の場合、委任状が必要です。この場合、受任者の方の本人確認ができる書類が必要です。

※如右欄

上段
(1点)

個人番号カード・運転免許証・パスポート・在留カード・特別永住者証明書

身体障害者手帳・運転経歴証明書・その他()

下段
(2点)

健康保険資格確認書・年金手帳・年金証書・介護保険被保険者証・生活保護受給証明書

雇用保険受給資格者証・キャッシュカード・預金通帳・クレジットカード・社員証

その他()

受付担当者

入力日

解除入力日