

# 【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 申請書  
変更解除

## 書き方

氏名		
生年月日		
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		
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(具体的に記入ください)	

※被保険者本人の氏名等をご記入ください。

※郵便物受取人様についてご記入ください。

※ □にチェックしていただくか、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

## ※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。

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	