

申請書

被保険者番号		
被保険者氏名		
生 年 月 日	年 月 日	
現 住 所	〒 ー	
送付先住所	☐ 送付先変更を解除し、現住所に戻す。 〒 ー	
方 書		
フリガナ		被保険者との続柄
郵便物受取人		
連絡先電話番号	自宅・携帯・職場 () ー	
申 請 理 由	☐ 入院中 ☐ 施設入所中 ☐ 成年後見人等を受取人とするため(証明書添付) ☐ 書類の管理が困難なため ☐ その他（具体的にご記入ください）	

愛知県後期高齢者医療広域連合長 様

年 月 日

申請者
(記入者) 住 所

住所

氏 名

被保険者との続柄

電話

※处理欄

記入者確認	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（ ）				
	健康保険被保険者証・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	

受付担当者

入力目

解除入力日