

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

被保険者番号		
被保険者氏名	<div style="border: 1px solid black; padding: 5px;"> ※被保険者本人についてご記入ください。 </div>	
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	<div style="border: 1px solid black; padding: 5px;"> ※郵便物受取人についてご記入ください。 </div>	
フリガナ		
郵便物受取人		被保険者との続柄
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"/> その他(具体的にご記入ください)	
<div style="border: 1px solid black; padding: 5px;"> ※□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。 </div>		

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。

また、又は連絡がとれなくなった場合は、

了承します。

負います。

※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氏名を記入される場合は、委任状が必要です。この場合記入される方の本人確認書類が必要です。

年 月 日

申請者
(記入者) 住 所

氏 名

被保険者との続柄

電 話

**本人確認書類は上段の場合は1点
下段の場合は2点必要です。**

記入者確認	上段 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・その他()	
	下段 健康保険被保険者証・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