

後期高齢者医療 送付先 変更 申請書
変更解除

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	<input type="checkbox"/> 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	<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)		

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

年 月 日

申請者
(記入者) 住 所

氏 名

被保険者との続柄

電 話

※処理欄

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・その他()			
	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