後期高齢者医療　送付先　変更／変更解除　申請書

被保険者番号		被保険者氏名	□ 申請者と同じ
生 年 月 日	明治 大正 昭和		
現　住　所	□ 申請者と同じ		
送付先住所 方書（マンション名等）	□　送付先変更を解除し、現住所に戻す。 〒		
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	□ 施設入所中のため □ 入院中のため □ 受取人が書類の管理をしているため □ 成年後見人を受取人とするため □ その他（具体的にご記入ください）		
介護保険に関する送付先	□ 介護保険に関する通知等の送付先について、上記送付先住所に変更又は解除します。		

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。

1　申請内容に変更が生じた場合、すみやかに届出をします。
2　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。
3　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

□送付先住所と同じ

申請者（記入者）　住　　所

氏　　名

被保険者との続柄

連　絡　先

※処理欄

記入者確認	個人番号カード・運転免許証・日本国旅券（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（　　）				
	健康保険資格確認書・年金手帳（基礎年金番号通知書）・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	