

後期高齢者医療 送付先 変更 申請書
変更解除

記入例

被保険者番号	01234567(8桁)	被保険者氏名	<input type="checkbox"/> 申請者と同じ 弥富 金魚(被保険者)
生年月日	明治 大正 ●● 年 ▲▲ 月 ■■ 日 昭和	本人申請の場合、省略可	
現住所	<input type="checkbox"/> 申請者と同じ 〒 ●●● - ▲▲▲▲ 弥富市前ヶ須町南本田 335 番地(被保険者の住民票上の住所)		
送付先住所 方書(マンション名等)	<input type="checkbox"/> 送付先変更を解除し、現住所に戻す。 〒 ●●● - ▲▲▲▲ ●●県▲▲市■■町 123 番地(送付を希望する住所)		
フリガナ	ヤトミ タロウ		
郵便物受取人	弥富 太郎(送付を希望する宛名)		
連絡先電話番号	自宅・携帯・職場 (●●●) ▲▲▲▲ - ■■■■		
申請理由	<input checked="" type="checkbox"/> 施設入所中のため <input type="checkbox"/> 入院中のため <input type="checkbox"/> 受取人が書類の管理をしているため <input type="checkbox"/> 成年後見人を受取人とするため <input type="checkbox"/> その他(具体的に記入ください)		
介護保険に関する送付先	<input checked="" type="checkbox"/> 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。

- 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

令和 ●● 年 ▲▲ 月 ■■ 日

被保険者本人、又は委任状がある場合は受任者

申請者(記入者)

送付先住所と同じ

住所 弥富市前ヶ須町南本田 335 番地

氏名 弥富 金魚

被保険者との続柄 本人

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