

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  |                                                                                                                                                          |
| 生 年 月 日 | 年 月 日                                                                                                                                                    |
| 現 住 所   | 〒 ー<br>愛知県知多郡南知多町大字                                                                                                                                      |
| 送付先住所   | <input type="checkbox"/> 送付先変更を解除し、現住所に戻す。<br>〒 ー                                                                                                        |
| 方 書     |                                                                                                                                                          |
| 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）<br><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。

1

申請内容に変更が生じた場合、速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

この申請に関する全ての責めは、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・日本国旅券(パスポート)・在留カード・特別永住者証明書<br>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・<br>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<br>社員証・その他( ) |     |  |       |  |
| 受付担当者 |                                                                                                        | 入力日 |  | 解除入力日 |  |