

後期高齢者医療 送付先 **変更** 申請書
 変更解除

送付先の住所等を記入してください。

被保険者番号	00601111
被保険者氏名	南知多 太郎
生年月日	大正・昭和 11年 1月 1日
現住所	〒470-3412 愛知県知多郡南知多町大字豊浜字貝ヶ坪18番地
送付先住所	<input type="checkbox"/> 送付先変更を解除し、現住所に戻す。 〒470-1234 愛知県知多郡〇〇町××123-4
方書	南知多 花子 様方
郵便物受取人	南知多 太郎
連絡先電話番号	自宅 携帯・職場 (0569) 12-3456
申請理由	<input type="checkbox"/> 入院中 <input checked="" 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

令和 〇年 〇月 〇日

申請者記入

申請者
(記入者)

住 所	愛知県知多郡〇〇町××123-4
氏 名	南知多 花子
被保険者との続柄	長女
電 話	0569-12-3456

※処理欄

申請者の身分証明書のコピーを添付してください。

写真付なら1点(運転免許書等)

写真無なら2点(保険証、診察券等)

