

後期高齢者医療 送付先（変更・変更解除）申請書

記入例

被保険者番号	0 9 8 7 6 5 4 3	被保険者氏名	<input checked="" type="checkbox"/> 申請者と同じ
--------	-----------------	--------	--

現住所	<input checked="" type="checkbox"/> 申請者と同じ 〒 ー 瀬戸市
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。 〒 〇〇〇 - 〇〇〇〇 東京都〇〇区〇〇町〇〇番地 △△△△△△マンション△△号室
フリガナ	セト ハナコ
郵便物受取人	瀬戸 花子
連絡先電話番号	自宅・携帯・職場 （ 03 ） 1234-5678
申請理由	<input type="checkbox"/> 施設入所中のため <input type="checkbox"/> 入院中のため <input type="checkbox"/> 成年後見人を受取人とするため（証明書添付） <input checked="" type="checkbox"/> 受取人が書類の管理をしているため <input type="checkbox"/> その他（具体的にご記入ください）
福祉医療に関する送付先	福祉医療に関する送付先について、上記送付先住所に変更又は変更解除します。
健康診査に関する送付先	<input checked="" type="checkbox"/> 健康診査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します

愛知県後期高齢者医療広域連合長 殿

上記のとおり送付先の変更を申請します。
また、送付先を変更するにあたり、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。

年 月 日

代理人と同じ

申請者 住所 瀬戸市追分町123番地の45

氏名 瀬戸 陶土 連絡先 (0561) 12 - 3456

被保険者以外が申請する場合は以下の欄にも記入をして下さい。

代理人(住所)

(連絡先)

当申請が申請者本人以外の場合は、記入してください。

私は上記の者を代理人と定め、送付先にかかる手続きについて委任します。

被保険者(住所)

(氏名)

連絡先 ()

※処理欄

申請者確認	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・その他写真が貼付された官公署の発行する証明書（ ）
	健康保険被保険者証・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・預金通帳 雇用保険受給資格者証・キャッシュカード・生活保護受給証明書・社員証・その他（ ）

受付者	審査	入力	入力確認
		日付	