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

現　住　所	□　申請者と同じ 〒　　－ 瀬戸市
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 □ 成年後見人を受取人とするため（証明書添付） □ 受取人が書類の管理をしているため □ 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	□　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又は変更解除します。

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＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

氏　名＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿　連絡先　（　　）　　―

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）＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿　（氏名）＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

（連絡先）＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿　（被保険者との関係）□配偶者　□子　□その他（　　）

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	