

後期高齢者医療に関する送付物の送付先変更依頼書

被保険者番号									
被保険者氏名									
住 所								電話番号	( )

依頼の内容	<input type="checkbox"/> 送付先変更	<input type="checkbox"/> 送付先変更の解除
-------	--------------------------------	-----------------------------------

(『依頼の内容』で「送付先変更」を選択された方はご記入ください。)

理 由 (具体的にご記入ください)			
送付先変更期間	年	月	日 から 年 月 日
送 付 先	〒 _____		方
	電話番号 ( )		
送付先宛名	被保険者との関係 ( )		

東京都後期高齢者医療広域連合長 様

年 月 日

後期高齢者医療に関する送付物の送付先について、上記のとおり送付くださいますよう依頼します。

依頼者 氏 名 \_\_\_\_\_

住 所 \_\_\_\_\_

電話番号 ( ) \_\_\_\_\_

【処 理 欄】

担当	係長	課長補佐	課長	受 付 印	
入力日	年 月 日				