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	被保険者番号									＊送付先の設定を取り消す場合は以下に☑をしてください ☐ **送付先の解除**	
	氏　　名									生年月日	年　　月　　日
	住　　所	電話番号：									

送付先	変更期間	年　　月　　日　から　　年　　月　　日	
	フリガナ		被保険者との関係
	宛名氏名		
	住　　所	〒　　－ 様方 電話番号：	
	依頼理由	**※該当する項目を選択してください。その他の場合は具体的に理由をご記入ください。** ☐ 介護施設等入所のため（施設名称：＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿） ☐ 入院のため　☐ 被保険者自身で郵便物を管理することが困難なため ☐ 成年後見人・保佐人・補助人へ送付 ☐ その他（理由：＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿）	

年　　月　　日

東京都後期高齢者医療広域連合長　様
府中市長　様

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るよう依頼します。
なお、本依頼に伴い被保険者等との問題が生じた場合は、依頼者が責任を持って処理し、東京都後期高齢者医療広域連合及び府中市に一切迷惑をかけないことを申し添えます。

依頼者

住　　所＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

氏　　名＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿㊞

電話番号＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

【市処理欄】	入力者	係長	課長補佐	課長	受付印	
☐ 依頼者の身元確認書類 ☐ 依頼者が代理人の場合、委任事項確認書類 ☐ 依頼者が成年後見人等の場合、登記事項証明書 （※過去に提出済の場合省略可）						
	入力日	年　　月　　日		再検		