

【記入例】

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	1	2	3	4	5	6	7	8	*送付先の設定を取り消す場合は以下に☑をしてください <input type="checkbox"/> 送付先の解除	
	氏名	府中 太郎								生年月日	11年1月1日
	住所	府中市宮西町 2-24								電話番号：042-〇〇〇-〇〇〇	

★現在、送付先変更の設定をされている方で、解除をご希望の場合は、こちらに☑をして、被保険者欄と依頼者欄に必要事項をご記入・ご捺印のうえご提出ください。

送 付 先	変更期間	令和2年4月1日から		年	月	日	
	フリガナ	コウキ ハナコ				被保険者との関係	
	宛名氏名	後期 花子				長女	
	住所	〒183-0056	府中市寿町 1-5				様方
	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。 <input type="checkbox"/> 介護施設等入所のため(施設名称：_____) <input type="checkbox"/> 入院のため <input checked="" type="checkbox"/> 被保険者自身で郵便物を管理することが困難なため <input type="checkbox"/> 成年後見人・保佐人・補助人へ送付 <input type="checkbox"/> その他(理由：_____)					

★変更期間の終了日は未定の場合、空欄で構いませんが、送付先変更の必要がなくなった際は「送付先の解除」の申請をしてください。

東京都後期高齢者医療
府中市長 様

令和2年4月1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 府中市寿町 1-5
 氏名 後期 花子
 電話番号 042-〇〇〇-〇〇〇

★該当する理由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。

★依頼者の情報をご記入のうえ認印を押印ください。依頼者の身元確認書類(郵送の場合はコピー)を添付してください。



【市処理欄】

記 入 不 要