後期高齢者医療に関する送付物の送付先変更依頼書

□　依頼申請書（新規に設定する場合）
□　変更依頼申請書（送付先を変更する場合）
□　取消依頼申請書（送付先の設定を取り消す場合）

受付番号

被保険者	被保険者番号			
	フリガナ		生年月日	明・大・昭　　年　　月　　日
	氏　　名		性　　別	男　　・　　女
	住　　所	〒 電話番号		

送付依頼書類の内容	1　関係書類全部を送付　　2　保険証関係　3　納付書関係 4　高額医療費等給付関係　5　医療費通知書

※ 依頼内容の番号に〇を記入してください。

理　　由	1　介護施設等入居のため　　2　書類の管理が出来ないため 3　その他（　　）	
送付先変更期間	年　　月　　日　から　　年　　月　　日	
送付先住所	〒　　－ 電話番号　　（　　）	
送付先宛名	フリガナ	被保険者との関係

東京都後期高齢者医療広域連合長　宛

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るよう依頼します。

※依頼者が送先住所・氏名と同じの場合は、記入しなくて結構です。

依頼者　氏　　名

住　　所

電話番号

本人・依頼者の確　認　証		免許証　・　パスポート 写真付き身分証明書 住基カード写真付き その他（　　）
アイネス入力日	広域入力日	

受　　付	
受付者	