

後期高齢者医療に関する送付物の送付先変更(解除)依頼書

被保険者番号	1	2	3	4	5	6	7	8	記入見本	
被保険者氏名	豊島 太郎								電話番号	03 (3981) 1111
住 所	豊島区南池袋2丁目45番1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									

※希望される方へチェック☑を忘れずにお願いいたします

(『依頼理由』をチェックし、ご記入ください。)

依頼理由	<input 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(親戚等にする場合) <input type="checkbox"/> 病院や施設へ長期に入院・入所しているため(病院や施設にする場合) <input type="checkbox"/> 一時的に居所を移しているため ※居所を移した理由を以下にご記入ください └ 具体的に <input type="checkbox"/> その他 └ 具体的に	
送付先変更 (開始・解除) 日	令和 ○ 年 ○ 月 ○ 日	
送付先 (解除の場合は記載不要)	〒 170 - 0044 豊島区北大塚1丁目15番10号 電話番号 03 (3981) 1332	
フリガナ	トシマ ハナコ	被保険者との関係 (長女)
送付先宛名 (解除の場合は記載不要)	豊島 花子	

※チェック☑・記入を忘れずにお願いいたします

※ご希望の送付先変更(開始・解除)日を記入

※「送付先変更の解除」の場合は記入不要

東京都後期高齢者医療広域連合長
豊島区長

令和 ○ 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、裏面の記載に同意の上、上記のとおり変更(解除)を依頼します。

依頼者 氏 名 豊島 花子

住 所 豊島区北大塚1丁目15番10号

電話番号 03 (3981) 1332 被保険者との関係 (長女)

【処 理 欄】

確認者	入力者	受付者	受 付 印
広域	MCWEL	Excel	