

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（親戚等に送る場合） <input type="checkbox"/> 病院や施設へ長期に入院・入所しているため（病院や施設に送る場合） <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)	<p>〒 170 - 0044</p> <p>※「送付先変更の解除」の場合は記入不要</p> <p>豊島区北大塚1丁目15番10号</p> <p>電話番号 03 (3981) 1332</p>	
フリガナ	トシマ ハナコ	
送付先宛名 (解除の場合は記載不要)	豊島 花子	被保険者との関係 [長女]

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	