

後期高齢者医療に関する送付物の送付先変更依頼書

記 載 例

被保険者番号	○	○	○	○	○	○	○	○
被保険者氏名	小金井 花子							
住 所	〒○○○-○○○ 小金井市 本町 ○丁目 ○-○○○							

被保険者様の情報をご記載ください。なお、被保険者番号はわからなければ空欄でもかまいません。

電話番号 ○○○（○○○）○○○

依頼の内容	☒ 送付先変更	☐ 送付先変更の解除
-------	---	-----------------------------------

※送付先変更：後期高齢者医療（後期健診以外）を変更します。
※送付先変更の解除：送付先変更の届出がなされた場合、解除の届出がなされた方はご記入ください。
（『依頼の内容』で「送付先変更の解除」を選択した場合は「送付先変更の解除」の届出は不要です。）

↑
該当する項目に
↓ チェック

終了日は原則空白でご提出ください（明確に期間が決まっている場合のみご記入ください。終了日のご記入がある場合、「送付先変更の解除」の届出は不要です）。

理 由 (該当項目を選択してください)	☐ 介護施設等に入所するため ☐ 転居のため ☒ 郵便物の管理が困難なため ☐ 成年後見制度の開始のため ☐ その他（具体的にご記入ください） 理由： _____	
送付先変更期間	令和 ○ 年 ○ 月 ○ 日 から 令和 年 月 日 まで	
送 付 先	〒○○○-○○○ 小金井市 貫井北町 ○丁目 ○-○○○ 方 電話番号 ○○○（○○○）○○○	
送付先宛名	小金井 太郎 被保険者との関係（ 子 ）	

※こちらにご記入された住所・宛名が、今後の郵便物に送付先としてそのまま記載されます。

東京都後期高齢者医療広域連合長 様		令和 ○ 年 ○ 月 ○ 日
小金井市長 様		
後期高齢者医療に関する送付物の送付先について、上記のとおり依頼します。 また、本依頼に伴い問題が生じた場合は、依頼者が責任を持って解決します。		
依頼者	氏 名	小金井 太郎
	住 所	小金井市 貫井北町 ○丁目 ○-○○○
		電話番号 ○○○（○○○）○○○
		被保険者との関係（ 子 ）

※
ご提出の際は、「被保険者」、「送付先宛名」、「依頼者」、すべての方の**ご本人様確認書類**が必要になります。

詳細は別紙「ご本人様確認書類について」をご参照ください。

認

最終確認

受付印