

後期高齢者医療に関する送付物の送付先変更依頼書

被保険者番号								
被保険者氏名								
住 所	〒 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：後期高齢者医療に関する送付先（後期健診以外）を変更します
※送付先変更の解除：送付先変更期間の終了日が空欄の場合、解除の届出がなされるまで、郵便物は送付先へ優先し送付されます
（『依頼の内容』で「**送付先変更**」を選択された方にご記入ください）

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 ☐ 入院のため ☐ 郵便物の管理が困難なため ☐ 成年後見人・保佐人・補助人へ送付するため ☐ 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	〒 _____ _____ 方 電話番号 ()
フリガナ 送付先宛名	被保険者との関係 ()

※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	
小金井市長 様	
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、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 _____
	住 所 _____
	電話番号 () _____
	被保険者との関係 () _____

※この情報は、電算計算組織に記録されます

【市処理欄】

標準	確認	e-SUITE	確認	最終確認

受付印	
-----	--