

後期高齢者医療 各種通知類等送付先（変更・終了）申請書

（ ）市町村長 様

後期高齢者医療広域連合 広域連合長 様

次のとおり、後期高齢者医療に関する諸通知の送付先の（変更・終了）を申請いたします。なおこの内容に変更があった場合は、ただちに届出します。なおこの申請により被保険者に不利益が生じても、市町村および広域連合には一切ご迷惑をおかけいたしません。

		届出年月日	平成 年 月 日
届出者氏名 (窓口に来た方)		本人との関係	
届出者住所	〒 電話番号 ()		
本人確認書類			

被 保 険 者	被保険者番号		生年月日	明大昭 年 月 日
	フリガナ 氏名		性別	男 ・ 女
	住所 (住民登録地)	〒 電話番号 ()		
保険者番号				

変 更 理 由 等	【理由】	左記の理由により、 <input type="checkbox"/> すべての書類 <input type="checkbox"/> 被保険者の資格に関する書類 <input type="checkbox"/> 〃 の給付に関する書類 <input type="checkbox"/> 〃 の賦課に関する書類 <input type="checkbox"/> 〃 の収納に関する書類 上記の書類について、送付先を変更します (該当する書類について、チェックしてください)

送付先住所 【方書まで詳しく】	〒 連絡先電話番号 ()		
フリガナ		本人との関係	
送付先氏名	様方		

○下記は窓口に来た方が、ご本人および同一世帯以外の場合にご記入ください。

【 本 人 自 筆 の こ と 】	—承諾書— 上記の送付先住所へ後期高齢者医療制度の通知書類について、送付することを承諾します。	
	被保険者住所	
	被保険者氏名	印

※この申請書は、広域連合および市町村から送付する後期高齢者医療保険の通知書類（医療費通知・保険料納入通知書・被保険者証等）の送付先を住民登録地以外へ変更を希望する場合に記入するものです。