

# 後期高齢者医療に関する送付物の送付先解除依頼書

解除

東京都後期高齢者医療広域連合長 あて

後期高齢者医療に関する送付物について、下記の送付先の解除をしてください。 令和 年 月 日

被保険者情報	氏名												
	住所	〒 -											
	生年月日	大正・昭和 年 月 日生											
送付先依頼者	ふりがな									被保険者との関係			
	氏名												
	確認書類に記載されている住所	〒 -											
		電話番号 ( )											

《 設定を解除する送付先依頼者の以下の確認書類(写し)が必要となります 》

1点で可	運転免許証、運転免許経歴書、マイナンバーカード 身体障害者手帳、パスポート等
2点以上必要	健康保険証、健康保険限度額適用認定証、 健康保険限度額適用・標準負担額減額認定証 介護保険証、介護保険負担割合証、年金手帳等 その他官公署から発行された書類で氏名及住所の記載があるもの

\*設定を解除する送付先依頼者が成年後見人等の場合は添付書類は不要です。

受付	入力	
点検	確認	