

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

い。 令和 5 年 7 月 1 日

被保険者情報	氏名	目黒 一郎	被保険者番号	1	2	3	4	5	6	7	8
	住所	〒 000 - 0000 目黒区上目黒2-19-15									
	生年月日	大正・昭和 〇〇年 〇〇月 〇〇日生									
送付先依頼者	ふりがな	めぐろ たろう								被保険者との関係	
	氏名	目黒 太郎								長男	
	確認書類に記載されている住所	〒 000 - 0000 〇〇県〇〇市〇〇区〇〇1-2-3 電話番号 0000 (0000) 0000									
送付先変更事由	送付先開始日を指定する場合のみ記入					令和 年 月 日					
	〇該当する番号を 〇で選んでください	<input checked="" type="radio"/> 1 書類の管理が困難 <input type="radio"/> 2 施設や病院へ入所・入院 <input type="radio"/> 3 成年後見人等の選任 <input type="radio"/> 4 登録していた送付先情報の変更 <input type="radio"/> 5 被保険者本人死亡 <input type="radio"/> 6 期間限定で設定 設定理由() 送付先設定終了日 令和 年 月 日									

*** 以下は送付先依頼者と同一の情報であれば記入不要 ***

送付先	ふりがな									被保険者との関係	
	氏名										
	住所	〒 - 電話番号 ()									

送付先依頼者の住所地以外に送付先を設定する
場合は、こちらの記入が必要です。

受付	入力	
点検	確認	