

後期高齢者医療に関する送付物の送付先変更依頼書 新規・変更

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、下記の送付先へ送付してください。 令和 年 月 日

被保険者情報	氏名		被保険者番号							
	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		()				
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					
	○該当する番号をください	<ul style="list-style-type: none"> 1 書類の管理が困難 2 施設や病院へ入所・入院 3 成年後見人等の選任 4 登録していた送付先情報の変更 5 被保険者本人死亡 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		()

受付	入力	
点検	確認	