

後期高齢者医療 送付先 変更 申請書
変更解除

被保険者番号		性 別
被保険者氏名		男 ・ 女
生 年 月 日	明治 大正 昭和	年 月 日
現 住 所	〒 —	
送付先住所	<input type="checkbox"/> 送付先変更を解除し、現住所に戻す。 〒 —	
方 書		
フリガナ		
郵便物受取人		
連絡先電話番号	自宅・携帯・職場 () —	
申 請 理 由		

上記のとおり送付先の変更を申請します。

送付先変更を申請するにあたり、以下のことを誓約します。

- ・ 申請内容に変更が生じた場合、すみやかに届出をします。
- ・ 送付先変更後の住所に郵便物が届かなくなった、又は連絡がとれなくなった場合は、広域連合が適宜、送付先変更を解除することを了承します。
- ・ この申請に関するすべての責は申請者により負います。

愛知県後期高齢者医療広域連合長 様

年 月 日

申請者 (記入者)	住 所
	氏 名 ㊟
	被保険者との続柄
	電 話

※処理欄

記入者確認	個人番号カード・運転免許証・パスポート・在留カード・特別永住者証明書 身体障害者手帳・その他()	
	健康保険被保険者証・年金手帳・年金証書・介護保険被保険者証 生活保護受給証明書・雇用保険受給資格者証・キャッシュカード・預金通帳・クレジットカード 社員証・その他()	
受付担当者	入力日	解除入力日

記入例

後期高齢者医療 送付先 変更 申請書 変更解除

被保険者番号	0 1 2 3 4 5 6 7	性 別
被保険者氏名	広域 太郎	Ⓜ ・ 女
生年月日	明治 大正 昭和 10年 5月 9日	
現住所	〒 474-8701 大府市中央町五丁目70番地	
送付先住所	<input type="checkbox"/> 送付先変更を解除し、現住所に戻す。 〒 460-0001 愛知県名古屋市東区泉1-6-5	
方 書		
フリガナ	オオブ タロウ	
郵便物受取人	大府 太郎	
連絡先電話番号	Ⓜ ・ 携帯 ・ 職場 (0562) 45 - 6230	
申請理由	施設入所のため	

- 上記のとおり送付先の変更を申請します。
送付先変更を申請するにあたり、以下のことを誓約します。
- ・ 申請内容に変更が生じた場合、すみやかに届出をします。
 - ・ 送付先変更後の住所に郵便物が届かなくなった、又は連絡がとれなくなった場合は、広域連合が適宜、送付先変更を解除することを了承します。
 - ・ この申請に関するすべての責は申請者により負います。

愛知県後期高齢者医療広域連合長 様

令和 2年 4月 1日	
申請者 (記入者)	住 所 愛知県名古屋市東区泉1-6-5
	氏 名 大府 太郎 印
	被保険者との続柄 長男
	電 話 0562 - 45 - 6230

※処理欄

記入者確認	個人番号カード・運転免許証・パスポート・在留カード・特別永住者証明書 身体障害者手帳・その他()	ご印鑑：シャチハタ（ゴム印）以外の認印をご捺印ください。
	健康保険被保険者証・年金手帳・年金証書・介護保険被保険者証 生活保護受給証明書・雇用保険受給資格者証・キャッシュカード・預金通帳・クレジットカード 社員証・その他()	
受付担当者	入力日	解除入力日