様式第 59 号（規則第 41 条の２関係）

後期高齢者医療　送付先　変更
変更解除　申請書

被保険者番号	
被保険者氏名	
生 年 月 日	年　月　日
現　住　所	〒　－
送付先住所	□　送付先変更を解除し、現住所に戻す。 〒　－
方　書	
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。

１　申請内容に変更が生じた場合、すみやかに届出をします。

２　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。

３　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・日本国旅券（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（　）				
	健康保険資格確認書・年金手帳（基礎年金番号通知書）・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	