

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	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	