

解除

後期高齢者医療に関する送付物について、下記の送付先の解除をしてください。 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 ()										

1点で可	運転免許証、運転免許経歴書、マイナンバーカード 身体障害者手帳、パスポート等
2点以上必要	資格確認書、健康保険証、健康保険限度額適用認定証、 健康保険限度額適用・標準負担額減額認定証 介護保険証、介護保険負担割合証 その他官公署から発行された書類で氏名及住所の記載があるもの

※確認書類は、氏名・生年月日・住所の3点が確認できるものがが必要です。

受付	入力	
点検	確認	