

被保険者番号	○ ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○	被保険者様の情報をご記載ください。なお、被保険者番号はわからなければ空欄でもかまいません。 電話番号 ○○○(○○○)○○○
被保険者氏名	小金井 花子	
住所	〒○○○-○○○ 小金井市 本町 ○丁目 ○-○○○	

依頼の内容	<input checked="" type="checkbox"/> 送付先変更 <input type="checkbox"/> 送付先変更の解除
-------	---

※送付先変更：後期高齢者医療（後期健診以外）を変更し、送付先を変更する。送付先変更の解除：送付先変更の届出がなされた場合、解除の届出がなされた方はご記入ください。
 ※送付先変更の解除：送付先変更の届出がなされた場合、解除の届出がなされた方はご記入ください。
 （『依頼の内容』で「送付先変更の解除」を選択した場合は「送付先変更の解除」の届出は不要です。）

↑
 該当する項目に
 ↓ チェック

終了日は原則空白でご提出ください（明確に期間が決まっている場合のみご記入ください。終了日のご記入がある場合、「送付先変更の解除」の届出は不要です。）

理由 (該当項目を選択してください)	<input type="checkbox"/> 介護施設等に入院のため <input type="checkbox"/> 入院 <input checked="" type="checkbox"/> 郵便物の管理が困難なため <input type="checkbox"/> 成年後見人 <input type="checkbox"/> その他（具体的にご記入ください） 理由： _____
送付先変更期間	令和 ○ 年 ○ 月 ○ 日 から 令和 年 月 日 まで
送付先	〒○○○-○○○ 小金井市 貫井北町 ○丁目 ○-○○○ 方 電話番号 ○○○(○○○)○○○
送付先宛名	小金井 太郎 被保険者との関係 (子)

※こちらにご記入された住所・宛名が、今後の郵便物に送付先としてそのまま記載されます。

東京都後期高齢者医療広域連合長 様
 小金井市長 様

令和 ○ 年 ○ 月 ○ 日

後期高齢者医療に関する送付物の送付先について、上記のとおり依頼します。
 また、本依頼に伴い問題が生じた場合は、依頼者が責任を持って解決します。

依頼者 氏 名 小金井 太郎
 住 所 小金井市 貫井北町 ○丁目 ○-○○○
 電話番号 ○○○(○○○)○○○
 被保険者との関係 (子)

※
 ご提出の際は、「被保険者」、「送付先宛名」、「依頼者」、すべての方の**ご本人様確認書類**が必要になります。
 詳細は別紙「ご本人様確認書類について」をご参照ください。

認	最終確認	受付印