

後期高齢者医療に関する送付物の送付先変更依頼書

被保険者番号									
被保険者氏名									
住 所	電話番号 ()								

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

※「送付先変更」：高齢者医療係からの送付物（後期健診以外）の送付先を変更します。
 ※「送付先変更の解除」：一度送付先を変更されますと、「解除」の届出がなされるまで郵便物は送付先へ優先し送付されます。

（『依頼の内容』で「送付先変更」を選択された方はご記入ください。）

理 由 <small>（具体的にご記入ください）</small>									
送付先変更期間	令和	年	月	日	から	令和	年	月	日
送 付 先	〒 _____ 方								
	電話番号 ()								
フリガナ 送付先宛名	被保険者との関係 ()								

※ 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		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、上記のとおり送付くださいますよう依頼します。		
依頼者	氏 名	_____
	住 所	_____
		電話番号 () _____

※この情報は、電算計算組織に記録されます。

【処 理 欄】

e-Suite	標準システム	受付者	受 付 印	
確 認	確 認	最終確認		