

後期高齢者医療に関する送付物の送付先変更依頼書（※記載例）

- (送付先の変更につきましては、依頼書と共に下記添付物の提出が必要です。☑確認ください。)
- 「被保険者」の方の公的な身分証明 2点 (例：被保険者証 (介護・健康保険)、免許証は1点で可能)
 - 「送付先」の方の公的な身分証明 2点 (免許証の場合は1点で可能)
 - ※ 有効期限のある証明書類については、期限外の場合は証明書類とはなりません (例 パスポート)
 - ※ 「成年後見・保佐人」の場合は登記事項証明と、当該身分証明書を添付ください。

被保険者番号	○	○	○	○	○	○	※1 送付先変更の対象者(被保険者)様の「高齢者医療保険証」に記載されている情報を記載ください。
被保険者氏名	小金井 花子						
住 所	〒○○○-○○○○			東京都小金井本町○-○-○		電話番号 042 (383) ○○○○	

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」：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。	

※ 「変更理由」・「期間」・「新たな送付先」を記載ください。

(『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>(具体的に記入ください)</small>	例1 : 認知症につき、郵便物の管理ができないため 例2 : 家の建替中のため、当該期間の送付先変更のため 例3 : 施設入所のため
送付先変更期間	令和 3年 9月 1日 から 令和 年 月 日 ※終了日は原則空白で提出ください (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)。
送 付 先	〒○○○-○○○○ 東京都小金井南町△-△-△ 方 電話番号 042 (387) △△△△
フリガナ 送付先宛名	ヌクイ タロウ 貫井 太郎 被保険者との関係 (長男)

※ 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。

※ ※1にある被保険者様の情報を記入ください。
送付先変更の「依頼者」は原則被保険者様となります。

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	_____ 小金井 花子 _____
住 所	_____ 東京都小金井本町○-○-○ _____
	電話番号 042 (383) ○○○○