

後期高齢者医療保険 関係書類送付先変更（終了）申出書

広域連合長又は遠野市長 様

次のとおり送付先の変更（終了）を申出します。

	申出年月日	平成 年 月 日
<small>フリガナ</small> 申出者氏名	本人との関係	本人・配偶者・子・孫 父母・その他（ ）
申出者住所	〒.....-..... 電話番号（ ） -	

※申出者が被保険者本人の場合は、申出者住所及び電話番号は不要です。

被 保 険 者	被保険者番号								
	<small>フリガナ</small>				生年月日	明・大・昭 年 月 日			
	氏 名				性 別	男 ・ 女			
	住 所 <small>〔被保険者証記載の住所〕</small>	〒.....-..... 電話番号（ ） -							
送付先を変更する関係書類		1. すべての関係書類 2. 認定関係 3. 給付関係 4. 保険料関係							
送付先を変更する理由		<input type="checkbox"/> 施設入所中または医療機関入院中のため（施設/病院名： ） <input type="checkbox"/> 高齢または傷病により書類の管理が困難なため <input type="checkbox"/> その他（ ）							
変 更 （ 終 了 ） 送 付 先	住 所	〒.....-..... 電話番号（ ） -							
	<small>フリガナ</small> 宛 名 人				本人との関係	本人・配偶者・子・孫 父母・その他（ ）			
変更開始（終了）年月日		平成 年 月 日 ※申出年月日又はそれ以後の日付であること。							

- 注1 この申出書は、広域連合又は市町村から送付される各種の後期高齢者医療保険関係書類について、特別な理由があることにより、本来の住所地以外の場所への送付を希望する場合に提出するものです。なお、この申出に基づく送付は、「後期高齢者医療保険関係書類送付先変更終了申出書」の提出があるまで、継続します。
- 2 指定送付先の宛名人は、郵便物が間違いなく配達されるための方書きとなりますので、指定送付先の住所に居住する世帯主又は本人と相当の関係を有する者の氏名を記入してください。
- 3 送付先を指定する特別の理由が認められないとき、指定送付先の宛名人等の了解が得られないとき、通常郵便による送付が困難な場所を指定したときなどは、その申出を受理できない場合がありますので、ご了承願います。

※処理欄（記入不要）

備 考		入力年月日				
		受 付	入 力	確 認（認）	確 認（給）	確 認（保）