

後期高齢者医療関係書類送付先変更申請書

該当者 (被保険者)	被保険者番号								
	住 所								
	フリ 氏 ガナ 名	明・大・昭 年 月 日生							
送 付 先	住 所	〒 ー							
		電話番号 () ー							
	フリ 氏 ガナ 名	様方				被保険者との 関係(続柄等)			
変更送付 有効期間	年 月 日 ～ 年 月 日								
申請理由	1. 入院中のため 2. その他 ()								
送付先の変更を希望する書類(希望のものにレ点を付けてください。) ☐ 資格関係の通知 (被保険者証、限度額適用・標準負担額減額認定証など) ☐ 保険料に関する通知 ☐ 納付関係の通知 ☐ 支給関係の通知 (医療費通知、高額療養費など)									
市 (町) 長 様 上記のとおり送付先の変更を申請します。 なお、申請内容に変更のある場合には、必ず届け出をします。 令和 年 月 日 【申請者】 住 所 氏 名 被保険者との関係(続柄等) 電話番号 () ー ※郵便物が届かない場合又は市(町)外へ転出された時点で、この申請は無効となります。 ※希望用件以外でも上記送付先に連絡する場合がありますので、予めご了承ください。									