

後期高齢者医療 送付先

変更
変更解除

申請書

被保険者番号	
被保険者氏名	
生 年 月 日	年 月 日
現 住 所	〒 ー
送付先住所	☐ 送付先変更を解除し、現住所に戻す。 〒 ー
方 書	
郵便物受取人	
連絡先電話番号	自宅・携帯・職場 （ ） ー
申 請 理 由	

上記のとおり送付先の変更を申請します。
送付先変更を申請するにあたり、以下のことを誓約します。

1

申請内容に変更が生じた場合、速やかに届出をします。

2

送付先変更後の住所に郵便物が届かなくなった、又は連絡がとれなくなった場合は、広域連合が適宜、送付先変更を解除することを了承します。

3

この申請に関する全ての責めは、申請者により負います。

愛知県後期高齢者医療広域連合長 様

年 月 日

申請者
(記入者)

住 所

氏 名

被保険者との続柄

電 話

※処理欄

記入者確認	個人番号カード・運転免許証・日本国旅券(パスポート)・在留カード・特別永住者証明書 身体障害者手帳・その他()				
	健康保険被保険者証・健康保険資格確認書・年金手帳(基礎年金番号通知書)・年金証書 介護保険被保険者証・生活保護受給証明書・雇用保険受給資格者証・キャッシュカード 預金通帳・クレジットカード・社員証・その他()				
受付担当者		入力日		解除入力日	