

後期高齢者医療 送付先 変更 申請書
変更解除

被保険者番号	9 8 7 6 5 4 3 2
被保険者氏名	尾張 花子
生年月日	昭和 2 0 年 1 月 1 日
現住所	〒 489-9999 住民票上の住所を記載 尾張旭市〇〇町〇丁目〇番地 〇〇マンション401号室
送付先住所	☐ 送付先変更を解除し、現住所に戻す。 〒999-9999 ▲▲市▲▲町▲丁目▲番地▲▲アパート101号室 書類を受け取る住所を記載
方書	尾張 太郎 様方 必要に応じて記入
郵便物受取人	必要に応じて親族名など記入、本人の場合は記載不要。
連絡先電話番号	自宅・ 携帯 ・職場 (080) 〇〇〇〇-〇〇〇〇
申請理由	☐ 施設入所のため ☐ 書類管理困難のため 当てはまるものに☒ ☐ その他（例：長男宅に滞在のため）

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。

- 申請内容に変更が生じた場合、速やかに届出をします。
- 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。
- 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	尾張旭市〇〇町〇丁目〇番地 〇〇 マンション401号
	氏名	尾張 花子 原則本人申請です
	被保険者との続柄	本人
	電話	090-〇〇〇〇-〇〇〇〇 (長男)

※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()

本人確認書類：本人の顔写真付きの証明書1点または顔写真のない証明書2点のコピーを添付