

## 後期高齢者医療に関する送付物の送付先変更依頼書

被保険者番号								
被保険者氏名								
住 所	〒 _____ <div style="text-align: right;">電話番号 (     )     )</div>							

依頼の内容	<input type="checkbox"/> 送付先変更 <span style="margin-left: 200px;"><input type="checkbox"/> 送付先変更の解除</span>
-------	---

※送付先変更：後期高齢者医療に関する送付先（後期健診以外）を変更します  
 ※送付先変更の解除：送付先変更期間の終了日が空欄の場合、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  
 （『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>（該当項目を選択してください）</small>	<input type="checkbox"/> 介護施設等に入所ため <input type="checkbox"/> 入院のため <input type="checkbox"/> 郵便物の管理が困難なため <input type="checkbox"/> 成年後見人・保佐人・補助人へ送付するため <input type="checkbox"/> その他（具体的にご記入ください） 理由： _____
送付先変更期間	令和    年    月    日 から 令和    年    月    日 まで
送 付 先	〒 _____ _____ 方 電話番号 (     )     )
送付先宛名	被保険者との関係 (     )     )

※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

東京都後期高齢者医療広域連合長 様		令和    年    月    日
小金井市長 様		
後期高齢者医療に関する送付物の送付先について、上記のとおり依頼します。 また、本依頼に伴い問題が生じた場合は、依頼者が責任を持って解決します。		
依頼者	氏 名	_____
	住 所	_____
		電話番号 (     )     )
		被保険者との関係 (     )     )

※この情報は、電算計算組織に記録されます

【市処理欄】

標準	確認	e-SUITE	確認	最終確認

受 付 印	
-------------	--