

## 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	電話番号 ( )							

依頼の内容	<input type="checkbox"/> 送付先変更	<input type="checkbox"/> 送付先変更の解除
-------	--------------------------------	-----------------------------------

(『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>(具体的にご記入ください)</small>														
送付先変更期間	年		月		日		から		年		月		日	
送 付 先	〒 _____													
	_____													
	電話番号 ( )													
<small>ふりがな</small> 送付先宛名	被保険者との関係 ( )													

東京都後期高齢者医療広域連合長 あて																	
												年		月		日	
後期高齢者医療に関する送付物の送付先について、上記のとおり変更を依頼します。																	
依頼者		氏 名 _____															
		住 所 _____															
		電話番号 ( ) _____															

**【処 理 欄】**

確認者	入力者	受付者	受 付 印	