

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 (具体的にご記入ください)			
送付先変更開始日	年	月	日
送 付 先	〒 _____		方
	電話番号 ()		
送付先宛名フリガナ			
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 () _____		

※ 依頼者の身分証明書のコピーの添付をお願いします。

【処 理 欄】

確認者	入力者	受付者	受 付 印