

被保険者番号	1	2	3	4	5	6	7	8
被保険者氏名	調布 太郎							
住 所	調布市小島町2丁目35番地1				電話番号 042 (481) 7111			

依頼の内容	<input checked="" 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)	施設入所により書類管理が困難なため
送付先変更開始日	令和 〇〇年 〇〇月 〇〇日
送 付 先	〒182-0026 調布市西つつじヶ丘3丁目19番地1 方 電話番号 042(481)7600
送付先宛名フリガナ	ジンダイ ハナコ
送付先宛名	神代 花子 被保険者との関係 ( 長女 )

東京都後期高齢者医療広域連合長 あて

令和 〇〇年 〇〇月 〇〇日

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 神代 花子

住 所 調布市西つつじヶ丘3丁目19番地1

電話番号 042(481)7600

※ 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