

後期高齢者医療に関する送付物の送付先変更依頼書

- ☐ 依頼申請書（新規に設定する場合）
- ☐ 変更依頼申請書（送付先を変更する場合）
- ☐ 取消依頼申請書（送付先の設定を取り消す場合）

受付番号

被 保 険 者	被保険者番号											
	フリガナ								生年月日	明・大・昭 年 月 日		
	氏 名											
	住 所	〒 電話番号										

送付依頼書類の内容	1 関係書類全部を送付 2 高額医療費等給付関係 3 資格確認書等 4 納付書関係 5 医療費通知書
-----------	--

※ 依頼内容の番号に○を記入してください。

理 由	1 介護施設等入居のため 2 書類の管理が出来ないため 3 その他（ ）	
送付先変更期間	年 月 日 から 年 月 日	
送付先住所	〒 電話番号（ ）	
送付先宛名	フリガナ	被保険者との関係

東京都後期高齢者医療広域連合長 宛

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、上記のとおり送付くださるよう依頼します。

※依頼者が送先住所・氏名と同じの場合は、記入しなくて結構です。

依頼者 氏 名

住所

電話番号

本人・依頼者の 本人確認書類		免許証 ・ パスポート 個人番号カード 顔写真付き本人確認書類 その他（ ）	受 付	
アイネス入力日	広域入力日		受付者	