

## 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）

**記入例**

受付番号

|                  |        |                                          |                                |
|------------------|--------|------------------------------------------|--------------------------------|
| 被<br>保<br>険<br>者 | 被保険者番号 | ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○                          |                                |
|                  | フリガナ   | サイトウ ジロウ                                 |                                |
|                  | 氏 名    | 西 東 次 郎                                  | 生年月日 明・大・ <b>昭</b> ○ 年 ○ 月 ○ 日 |
|                  | 住      | 〒○○○-○○○○<br>丁目○番○○号<br>電話番号○○○-○○○-○○○○ |                                |

依頼する項目を選択して  
丸で囲ってください。

|           |                                                                |
|-----------|----------------------------------------------------------------|
| 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<br>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 期間限定の場合は終わりの日付を記入してください。<br>3 その他（                                                                                  |                      |          |            |        |
| 送達を希望される住所地在を記入してください。 | ○○ 年 ○○ 月 ○○ 日 から    年    月    日<br>○○○-○○○○                                                                                          |                      |          |            |        |
| 送付先住所                  | 電話番号 ○○○ （ ○○○ ） ○○○○<br>昼間連絡がつく電話番号を記入してください。                                                                                        |                      |          |            |        |
| 送付先宛名                  | <table border="1"> <tr> <td>フリガナ    サイトウ    キョウオ</td> <td>被保険者との関係</td> </tr> <tr> <td>西 東    京 夫</td> <td>長    男</td> </tr> </table> | フリガナ    サイトウ    キョウオ | 被保険者との関係 | 西 東    京 夫 | 長    男 |
| フリガナ    サイトウ    キョウオ   | 被保険者との関係                                                                                                                              |                      |          |            |        |
| 西 東    京 夫             | 長    男                                                                                                                                |                      |          |            |        |

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<br>本人確認書類 |       | 免許証 ・ パスポート<br>個人番号カード      |
| アイネス入力日           | 広域入力日 | 顔写真付き本人確認書類                 |
|                   |       | その他（                      ） |

|        |  |
|--------|--|
| 受    付 |  |
| 受付者    |  |
|        |  |