

後期高齢者医療に関する送付物の送付先変更依頼書

東京都後期高齢者医療広域連合長 様

書き方見本

令和 〇 年 〇 月 〇 日

後期高齢者医療に関する送付物の送付先について、下記のとおり送付くださいますよう依頼します。

被保険者番号	0	1	2	3	4	5	6	7
被保険者氏名	東京 次郎							
住 所	八王子市元本郷町1丁目〇番〇号							
電話番号 〇〇〇 - 〇〇〇 - 〇〇〇								

①送付先を変更したい
対象の被保険者様

依頼の内容	☒ 送付先変更 ☐ 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	☒ 送付物の管理が困難 ☐ 病院への長期入院 ☐ 施設へ入所 ☐ 死亡のため ☐ その他(具体的にご記入ください)
送付先変更期間	令和 〇 年 〇 月 〇 日 ~ 令和 〇 年 〇 月 〇 日
送付先	〒 〇〇〇 - 〇〇〇〇 東京都千代田区飯田橋〇丁目〇番〇号 電話番号 〇〇〇 - 〇〇〇 - 〇〇〇
フリガナ	トウキョウ サブロウ
送付先宛名	東京 三郎 被保険者との関係(長男)

②変更期間
※期間未定の場合は、終了日
を空欄にしてください。

③送付を希望する
住所と宛名

依頼者	☐ 被保険者本人 ☐ 送付先人と同じ ☒ その他(その他の場合のみ↓ご記入ください。)
住所	八王子市元本郷町2丁目〇〇番〇〇号
氏名	八王子 太郎
電話番号	〇〇〇 - 〇〇〇 - 〇〇〇

④記入している方の
住所と氏名

【注意事項】

①宛先を病院・施設等にする場合は、相手方の承諾を得てください。
②この依頼は、後期高齢者医療に関する書類の送付先住所を変更するもので、住所・世帯主・納税義務者を変更するものではありません。住所地に居住実態がない場合(施設、病院、親族・親類宅等にて生活が続く場合等)には、居住実態調査の対象になり、職権により住民票が消除されることがあります。住民票が消除された場合、様々な市民サービス(介護保険や医療保険等)が利用できなくなります。

住所異動に関する手続きやご相談は、市民課窓口もしくは電話にてお問い合わせください。
(市民課 窓口・郵送担当 電話:042-620-7232)

【処理欄】

確認者	入力者	受付者	受付印
☐ MCWEL ☐ 広域	☐ MCWEL ☐ 広域		