

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 令和 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、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													
被保険者氏名									生年月日	☐ 明治 ☐ 大正 ☐ 昭和	年	月	日
住 所													
	電話番号												

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 年 月 日 ~ 令和 年 月 日
送付先	〒 ー _____ _____ 電話番号
フリガナ	
送付先宛名	被保険者との関係()

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	_____
氏名	_____
電話番号	_____

【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		