

後期高齢者医療に関する送付物の送付先変更依頼書

被保険者番号								
被保険者氏名								
住 所								電話番号 ()
依頼の内容	<input 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 <small>(具体的に記入ください)</small>								
送付先変更期間	令和 年 月 日 から 令和 年 月 日							
送付先	〒 —							方
	電話番号 ()							
ふりがな 送付先宛名	被保険者との関係()							

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、上記のとおり送付くださいますよう依頼します。

依頼者 住所 _____

氏名 _____

電話番号 () _____

【処理欄】

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)

確認者	入力者	受付者	受付印