

送付先変更申出書

| 自庁システム | 標準システム | 確認 |
|--------|--------|----|
| | | |

【対象被保険者】

(本人)

| | | | | | | |
|------|---|--------|-------|-------|-------|-------|
| フリガナ | | 被保険者番号 | | | | |
| 氏名 | | 生年月日 | 大昭 | 年 | 月 | 日 |
| 住 所 | 〒 | | | | | |

【住民登録地】

【変更後送付先】

| | |
|------|---|
| 住 所 | 〒 |
| 宛名氏名 | <input type="checkbox"/> 被保険者 <input type="checkbox"/> 申請者 |
| | ※申請者を選択した場合、文書の送付先宛名に「(被保険者氏名)様分」を印字します。 |
| 変更内容 | <input type="checkbox"/> 送付先変更 <input type="checkbox"/> 送付先変更の解除 |
| 変更事由 | <input type="checkbox"/> 本人による郵便物の管理が困難なため <input type="checkbox"/> 長期入院や施設入所のため <input type="checkbox"/> 後見制度利用のため <input type="checkbox"/> その他 () |
| 有効期間 | 令和 年 月 日 ~ 令和 年 月 日 |

【添付書類】

| | | |
|-----|--|--------------------------------|
| 本人 | <input type="checkbox"/> 運転免許証 <input type="checkbox"/> マイナンバーカード <input type="checkbox"/> 委任状 <input type="checkbox"/> その他 () | <input type="checkbox"/> 資格確認書 |
| 申請者 | <input type="checkbox"/> 運転免許証 <input type="checkbox"/> マイナンバーカード <input type="checkbox"/> その他 () | |

(あて先) 埼玉県後期高齢者医療広域連合長

戸田市長

上記のとおり被保険者の同意に基づき後期高齢者医療制度に関する書類の送付先の変更を申し出ます。なお、送付先変更に伴う不利益はすべて申請者の責任とします。

令和 年 月 日

(申請者) 住 所
フ リ ガ ナ
氏 名

被保険者との続柄

連絡先電話番号