

記入例

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】

フリガナ	トダ タロウ	被保険者番号	0	1	2	3	4	5	6	7
氏 名	戸田 太郎	生年月日	大	昭	〇〇年△月□日					

【住民登録地】

住 所	〒 335-0022 戸田市上戸田 1 - 1 8 - 1
-----	----------------------------------

【変更後送付先】

住 所	〒 330-0074 埼玉県さいたま市浦和区北浦和 5 - 6 - 5
宛名氏名	<input type="checkbox"/> 被保険者 <input checked="" 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。
容 由	<input checked="" type="checkbox"/> 送付先変更 <input type="checkbox"/> 送付先変更の解除 <input type="checkbox"/> 本人による郵便物の管理が困難なため <input checked="" 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（ ）
間	令和〇〇年△月□日 ~ 令和 年 月 日

送付先変更は、指定いただいた期間有効です。終期を定めない場合、再度変更いただくまで有効になります。

【添 付 書 類】

本人	<input type="checkbox"/> 運転免許証 <input checked="" type="checkbox"/> マイナンバーカード <input type="checkbox"/> 資格確認書 <input type="checkbox"/> 委任状 <input type="checkbox"/> その他（ ）
申請者	<input checked="" type="checkbox"/> 運転免許証 <input type="checkbox"/> 被保険者の本人確認書類及び変更後の送付先となる方の「氏名」、「住所」、「生年月日」が分かる公的書類の写しを添付してください。 なお、施設へ送付したい場合、施設に入所していることが確認できる書類を添付してください。

（あて先）埼玉県後期高齢者医療広域連合
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。

令和〇〇年△△月□□日

申請者は、変更後の送付先となる方とします。ただし、本人住所地に戻す場合は本人とします。

住 所	埼玉県さいたま市浦和区北浦和 5 - 6 - 5
フリガナ	コウキ ハナコ
氏 名	後期 花子
被保険者との続柄	子
連絡先電話番号	048-441-1800