

# 記入例

## 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	○ ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○	生年月日	M・T・S ○年 ○月 ○日
被保険者氏名	北区 花子	電話番号	○○ (○○○○) ○○○○
住所	北区○○1-1-1		

依頼の内容 <b>該当するところに チェックをしてください</b>	<input type="checkbox"/> 送付先変更	(特定の送付物の変更を希望する場合) <input type="checkbox"/> 資格 (保険証など) <input type="checkbox"/> 給付 (高額療養費など) <input type="checkbox"/> 保険料 (保険料決定通知、納付書など)
	<input type="checkbox"/> 今回の送付物のみ変更	
<input type="checkbox"/> 送付先変更の解除		

(『依頼の内容』で「送付先変更」「今回の送付物のみ変更」を選択された方はご記入ください。)

理由 (具体的にご記入ください)	(例)送付物の管理が困難であるため	<b>無期限・今回のみの場合 記入は不要です</b>
送付先変更期間	令和 ○年 ○月 ○日 から 令和 ○年 ○月 ○日	
送付先	〒○○○-○○○○ ○○県△△市□□1-1-1 電話番号 ○○○ (○○○○) ○○○○	
送付先宛名	北区 太郎	被保険者との関係 ( 長男 )

**本人宛でない場合  
ご記入ください**

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 ○○県△△市□□1-1-1  
氏名 北区 太郎  
電話番号 ○○○ (○○○○) ○○○○

### 【処 理 欄】

#### 【申請について】

- ・成年後見人、保佐人、補助人の場合は、登記事項証明書のコピーを添付してください
- ・入院先の病院等に送付希望の場合は、必ず病院等に確認を行ってください
- ・ご不明な点は、高齢医療係にお問い合わせください (03-3908-9069)