

《 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	0	1	2	3	4	5	6	7	資格確認書等に記載されている方の氏名等をご記入ください。
被保険者氏名	中央太郎								
住 所	中央区築地一丁目1番1号 電話番号 03 (3546) 5362								

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 (具体的にご記入ください)	本人が長期入院中で、一人暮らしであることから郵便物が本人の自宅に届かないため。	終了日を記入する必要はありません。
送付先変更期間	2024 年 12 月 1 日 から 年 月 日	
送 付 先	〒 104 - 8404 中央区 月島 四丁目1番1号 中央花子 方 電話番号 090 (××××) △△△△	ご希望の送付先を記入してください。
送付先宛名	中央花子 被保険者との関係 (長女)	

東京都後期高齢者医療広域連合長 様		2024 年 12 月 1 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	氏 名 中央花子 住 所 中央区月島四丁目1番1号 電話番号 090 (××××) △△△△	依頼者は、本人でも親族等でも結構です。 依頼者の身分証明書のコピーを添付してください。

確認者	入力者	受付者	受 付 印