

後期高齢者医療 送付先 変更 申請書
変更解除

受付印

申請区分	☐ 資格（保険証・減額証等） ☒ 賦課・収納（保険料徴収に関する書類） ☒ 給付（高額療養費・療養費に関する書類）		
被保険者番号			
被保険者氏名	豊田 太郎		
生年月日	昭和11年11月11日		
現住所	〒 471 - 8501 豊田市西町3-60		
送付先住所	☐ 送付先変更を解除し、現住所に戻す。 〒 444-8501 岡崎市十王町2-9		
方書	岡崎アパート201号		
受取人フリガナ	オカザキ ハナコ	被保険者との関係	長女
郵便物受取人	岡崎 花子		
連絡先電話番号	自宅・ <u>携帯</u> ・職場（ 070 ） 7777 - 7777		
申請理由	☐ 入院中 ☐ 施設入所中 ☐ 成年後見人等を受取人とするため ☒ 相続人として ☐ 自己管理不能のため ☐ その他（具体的にご記入ください）（ ）		

上記のとおり送付先の変更を申請します。

送付先変更を申請するにあたり、以下のことを誓約します。

- ・ 申請内容に変更が生じた場合、すみやかに届出をします。
- ・ 送付先変更後の住所に郵便物が届かなくなった、又は連絡がとれなくなった場合は、広域連合が適宜、送付先変更を解除することを了承します。
- ・ この申請に関するすべての責は申請者により負います。

愛知県後期高齢者医療広域連合長 様

令和 元年 1 月 1 日

申請者 (記入者)	住所	☒ 受取人の場合住所・電話番号は省略
	電話	受取人と申請者が 同じ場合はチェックのみで可
	氏名	岡崎 花子
	被保険者との続柄	長女

※ 窓口に来た人が本人以外の場合は別紙様式委任状の記載が必要です。

※ 死亡の場合は除く

※処理欄

記入者確認	個人番号カード・ <u>運転免許証</u> ・パスポート・在留カード・特別永住者証明書 身体障がい者手帳・その他（ ）					
	健康保険資格確認書・年金手帳・年金証書・介護保険被保険者証 生活保護受給証明書・雇用保険受給資格者証・その他（ ） ※その他については、名前と生年月日又は住所の明記のあるもの					
受付担当者	1/1 太田	入力日	広域市	解除入力日	広域市	