

後期高齢者医療保険 送付先変更申請書 【新規・変更・解除】

※必要な科目に○をつけてください

みどり市長 様

下記のとおり送付先についての変更を依頼します。

申請日：令和 年 月 日

【 対象者本人 】	氏名		生年月日	明治・大正・昭和 年 月 日
	現住所 ※住民票上の住所	みどり市(笠懸・大間々・東) 町		番地 番
	(方書)			
	電話番号		被保険者 番 号	

【 窓口に来た人 申請者 】	<input type="checkbox"/> 本人(下欄の記入は不要) <input type="checkbox"/> 3親等以内の親族 <input type="checkbox"/> 相続人(相続人を示す書類が必要) <input type="checkbox"/> 施設職員等(本人が入所している証明書類が必要) <input type="checkbox"/> その他(委任状が必要)			
	住所		被保険者 との続柄	
	氏名		電話番号	

※ 申請者の本人確認が必要になりますので、本人確認書類の提示をお願いします。

【送付先について】

変更理由 ※送付先新規申請、 変更申請の場合	<input type="checkbox"/> 親族のもとにいるため または 親族が郵便物を管理するため <input type="checkbox"/> 施設入所中 または 病院入院中のため <input type="checkbox"/> 一時的に住所地を離れるため <input type="checkbox"/> その他 ()			
登録済送付先 ※変更申請の場合	現在登録済の 送付先住所	みどり市(笠懸・大間々・東) 町		番地 番
	(方書)			
	登録済宛名		被保険者 との関係	
送付先変更期間	令和 年 月 日 から 令和 年 月 日			
送付先登録情報	新たに設定する 送付先住所	みどり市(笠懸・大間々・東) 町		番地 番
	(方書)			
	送付先宛名		被保険者 との関係	
	電話番号			

市使用欄

本人確認書類	<input type="checkbox"/> マイナンバーカード <input type="checkbox"/> 資格確認書 <input type="checkbox"/> 免許証 <input type="checkbox"/> 在留カード <input type="checkbox"/> その他 ()
--------	---