後期高齢者医療に関する送付物の送付先変更依頼書

東京都後期高齢者医療広域連合長あて

□ 標準システム

□ 後期システム

その他

		年	月	日
後期高齢者	 医療に関する送付物の送付先変更について、必要書類を添えて下記のとおり	依頼しる	ます。	***************************************
申請者氏名	被保険者との関係			
申請者住所		••••••		•••••
電話番号				
	被保険者番号 生年月日	年	月	日
被保険者	被保険者氏名 電話番号			
	住 所			
	<u> </u>			
依頼内容	□ 1 新規 □ 2 変更 □ 3 解除 □ 4 その他()
理由 (図を入れて ください) 変更期間 (図を入れて ください) 送付先住所	□ 1 郵便物の管理が困難なため親族で管理している □ 2 家庭裁判所の審判を受け、成年後見制度の保護を受けている □ 3 被保険者本人が心身に危害を加えられており、住民登録地以外へ選 □ 4 病院や施設へ入院、入所している間、郵便物の管理が行えない □ 5 親族による介護が必要であり、一時的に居所を移している □ 6 その他(詳細: □ 無期限 □ 有期限(年 月 日 から 年 月 日 まで) 〒	発生してい	いる)
フリガナ				
送付先宛名				
電話番号	被保険者との関係			
【処理欄】	決裁区分 係長 確認者 入力者 受付者		受付印	