

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

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ます。

申請者氏名

申請者住所

電話番号

被保険者	被保険者番号									生年月日	年	月	日
	被保険者氏名									電話番号			
	住 所												

[illegible]

【处理欄】

- ☐ 標準システム
- ☐ 後期システム

決裁区分	係長	確認者	入力者	受付者
その他				

受付印
