

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								
フリガナ 被保険者氏名								
住 所								
	電話番号 ()							

依頼の内容	<input type="checkbox"/> 送付先変更 <input type="checkbox"/> 送付先変更の解除 (被保険者証のみ ・ 被保険者証以外 ・ 全ての送付物)
-------	--

(『依頼の内容』で「送付先変更」を選択された方のご記入ください。)

理 由 (具体的に ご記入ください)			
送付先変更期間	年 月 日 から 年 月 日 (終了日が未定の場合は、開始日のみを記入してください)		
送 付 先	〒 _____ _____ 方 電話番号 ()		
フリガナ 宛 名		被保険者との関係	

東京都後期高齢者医療広域連合長 様 _____ 年 月 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 (解除) くださいますよう依頼します。 住 所 _____ 氏 名 _____ 電話番号 _____
--

【処 理 欄】

受 付 印	
-------------	--