

**後期高齢者医療 送付先 変更 申請書**  
**変更解除**

被保険者番号		性 別
被保険者氏名		男 ・ 女
生 年 月 日	明治・大正・昭和 年 月 日	
現 住 所	〒 岡崎市	
送付先住所	送付先変更を解除し、現住所に戻す。 〒	
方 書		
郵便物受取人		
連絡先電話番号	自宅・携帯・職場 ( ) -	
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(証明書添付) 本人死亡のため、相続人として 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 年 月 日

受取人(送付先住所)に同じ

申請者  
(記入者) 住 所

氏 名

被保険者との続柄

電 話

処理欄

記入者確認	個人番号カード・運転免許証・パスポート・在留カード・特別永住者証明書 身体障害者手帳・その他( )	
	健康保険被保険者証・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・キャッシュカード・預金通帳・クレジットカード 社員証・診察券・その他( )	
受付担当者	入力日	解除入力日