後期高齢者医療　送付先　変更
変更解除　申請書

被保険者番号	
被保険者氏名	
生 年 月 日	年　　月　　日
現　住　所	〒　　－
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	

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

年　　月　　日

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・その他（　　）				
受付担当者		入力日		解除入力日	