

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	
被保険者氏名	
生年月日	年 月 日
現住所	〒      ー
送付先住所	<input type="checkbox"/> 送付先変更を解除し、現住所に戻す。 〒      ー
方書	
郵便物受取人	
連絡先電話番号	自宅・携帯・職場（      ）      ー
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。

- 1 申請内容に変更が生じた場合、速やかに届出をします。
- 2 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。
- 3 この申請に関する全ての責めは、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・日本国旅券(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(基礎年金番号通知書)・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