

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	年 月 日	
現 住 所	〒 —	
送付先住所	<input type="checkbox"/> 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

# 記入例：ご本人による申請

## 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	1 2 3 4 5 6 7 8	性 別
被保険者氏名	後期 太郎	<input checked="" type="radio"/> 男 ・ 女
生年月日	S. 4 年 5 月 6 日	被保険者ご本人の氏名、性別、生年月日、住所をご記入ください。
現住所	〒 4 8 3 - 8 2 2 1 江南市赤童子町大堀 9 0	
送付先住所	<input type="checkbox"/> 送付先変更を解除し、現住所に戻す。 〒 4 8 3 - 8 2 2 1 江南市赤童子町大堀 9 9	送付先住所、郵便物受取人名、受取人の電話番号、申請理由をご記入ください。
方 書		
郵便物受取人	後期 花子	
連絡先電話番号	<input checked="" type="radio"/> 自宅 ・ 携帯 ・ 職場 ( 0 5 8 7 ) 5 4 - 2 2 2 2	
申請理由	(例) 入院中のため 施設入所中のため 書類管理が困難なため	

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

被保険者ご本人の住所、氏名、電話番号をご記入ください。

愛知県後期高齢者医療広域連合長 様

本人確認書類が必要になります。本人確認書類は上段の場合は1点、下段の場合は異なる種類で2点必要です。本人確認書類のコピーを同封してください。

申請日を記入 → R ○ 年 ○ 月 ○ 日

申請者  
(記入者)

住 所	江南市赤童子町大堀 9 0
氏 名	後期 太郎
被保険者との続柄	本人
電 話	0 5 8 7 - 5 4 - 1 1 1 1

※処理欄

<input checked="" type="checkbox"/> 上段  <input checked="" type="checkbox"/> 下段	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

**記入例：ご本人以外による申請（申請には委任状が必要です）**

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	1 2 3 4 5 6 7 8	性 別
被保険者氏名	後期 太郎	<input checked="" type="radio"/> 男 ・ 女
生 年 月 日	S. 4 年 5 月 6	被保険者ご本人の氏名、性別、生年月日、住所をご記入ください。
現 住 所	〒 4 8 3 - 8 2 2 1 江南市赤童子町大堀 9 0	
送付先住所	<input type="checkbox"/> 送付先変更を解除し、現住所に戻す。 〒 4 8 3 - 8 2 2 1 江南市赤童子町大堀 9 9	送付先住所、郵便物受取人名、受取人の電話番号、申請理由をご記入ください。
方 書		
郵便物受取人	後期 花子	
連絡先電話番号	<input checked="" type="radio"/> 自宅 ・ 携帯 ・ 職場 (0 5 8 7) 5 4 - 2 2 2 2	
申 請 理 由	(例) 入院中のため 施設入所中のため 書類管理が困難なため	

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り、又は連絡がとれなくなったりした場合、広域連合が適宜、送付先の変更を申請させていただきます。
- ・ この申請に関するすべての事項を正確に記入し、申請書に添付する書類を提出します。

申請される方の住所、氏名、被保険者との続柄、電話番号をご記入ください。

愛知県後期高齢者医療広域連合長 様

申請日を記入 → R ○ 年 ○ 月 ○ 日

申請者  
(記入者)

住 所 江南市赤童子町大堀 9 9  
氏 名 後期 花子  
被保険者との続柄 子  
電 話 0 5 8 7 - 5 4 - 2 2 2 2

申請者の本人確認書類が必要になります。本人確認書類は上段の場合は1点、下段の場合は異なる種類で2点必要です。本人確認書類のコピーを同封してください。

※処理欄

上段	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