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										
被保険者氏名									生年月日	明治・大正・昭和・西暦 年　月　日
住　所										

依頼の内容	□送付先変更　□送付先変更の解除
理　由 （その他の場合は 具体的にご記入ください）	1：施設入所のため　2：成年後見制度利用　3：被保険者死亡のため 4：その他（　　）

（「依頼の内容」で“送付先変更”を選択された方はご記入ください。）

送付先変更期間	令和　年　月　日　から　令和　年　月　日	
送　付　先	〒 電話番号	
ふりがな 送付先宛名		被保険者との関係 （　　）

東京都後期高齢者医療広域連合長　あて

後期高齢者医療に関する送付物の送付先について、上記のとおり変更（解除）を依頼します。
なお、すでに送付先の変更がなされている場合は、前回依頼者の了承を得ています。
本件について問題が生じた場合は、私の責任により対処し、ご迷惑をかけないことを申し添えます。

年　月　日

依頼者　（　□　上記送付先に同じ　）

住　所 ＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

氏　名 ＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿　電話番号 ＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

【処　理　欄】

□ 資格　⇒後期システム入力
□ 賦課　R　.　.
□ 収納　⇒e-suite 入力
□ 給付　R　.　.
□ 医療費通知　⇒入力情報確認（確認者）
□ 後発医薬品　R　.　.

※注：減額査定通知（広域入力）

確認者	入力者	受付者	受付印	