

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								
住 所	電話番号 ()							

依頼の内容	☐ 送付先変更	☐ 送付先変更の解除
-------	--------------------------------	-----------------------------------

(『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。)

理 由 (具体的にご記入ください)	
送付先変更期間	年 月 日 から 年 月 日
送 付 先	〒 ー 方 電話番号 ()
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	
年 月 日	
後期高齢者医療に関する送付物の送付先について、上記のとおり変更を依頼します。	
依頼者	氏 名
	住 所
	電話番号 ()

【処 理 欄】

確認者	入力者	受付者	受 付 印	