

後期高齢者医療制度送付先変更届

令和 年 月 日

天理市長 様

【申請者】	
〒	-
住所	
フリガナ	
氏名	
(続柄:)	
電話番号	{ }

次のとおり、送付先の変更を届け出ます。

変更理由	<input type="checkbox"/> 施設入所のため <input type="checkbox"/> 親族の家に居住しているため <input type="checkbox"/> その他 ()			
被保険者	〒 -		住所	
			<input type="checkbox"/> 申請者と同じ	
	氏名	<input type="checkbox"/> 申請者と同じ		
	生年月日	年 月 日	被保険者 番号	
新送付先	〒 -		住所	
<input type="checkbox"/> 申請者と同じ	氏名			

備 考

- 1 上記の送付先変更事由に変更があった場合は必ず届出ください。
- 2 被保険者と申請者の身分証明書（免許証・保険証等）を提示してください。
郵送の場合は身分証明書のコピーの添付をお願いします。

〈本人確認〉		処理欄	広域	住基	健診	
被保険者	: 免・個・保・ ()					
申請者	: 免・個・保・ ()					
番号	:					