

後期高齢者医療被保険者証等送付先変更申出書

被 保 険 者	被保険者番号									
	フリ 氏 ガナ 名									
	生年月日	【 明治・大正・昭和 】			年	月	日			
	住 所									
変 更 後 の 送 付 先	送付先の住所									
	フリ ※ 送付先のあて名 ガナ									
	送付先の電話番号	()			—					
	送付期間	平成	年	月	日	～	平成	年	月	日
	送付先を変更して 欲しい書類 (裏面をご覧ください)	<input type="checkbox"/>	被保険者証等関係	<input type="checkbox"/>	保険料賦課関係	<input type="checkbox"/>	保険給付関係	<input type="checkbox"/>	保険料徴収関係	
<p>上記のとおり、後期高齢者医療の書類等を変更後の送付先住所あてに送付してください。</p> <p>平成 年 月 日 申請者</p> <p>住所 _____</p> <p>氏名 _____ (印)</p> <p>(代理人)</p> <p>住所 _____</p> <p>小林市長様 氏名 _____ (印)</p> <p>被保険者との関係 _____</p> <p>宮崎県後期高齢者医療 広域連合長様 連絡先電話番号 () - _____</p>										

必要書類：後期高齢者医療被保険者証

※ 変更後の送付先のあて名が、被保険者本人以外の場合は、別途委任状が必要です。