

## 記入例

受付年月日

### 後期高齢者医療被保険者証等 送付先(変更・廃止)申請書 兼 誓約書

※変更・廃止どちらかに○をしてください

年 月 日

大阪府後期高齢者医療広域連合長 宛

申請者 住所  
氏名  
電話番号 ( - - )  
被保険者との関係 成年後見人・その他( )

申請者のご住所、氏名、電話番号・被保険者との関係をご記入ください。

次の者の後期高齢者医療被保険者証等(「資格」に係する文書)の送付先を変更すること、または現在適用されている変更された送付先を廃止し元の被保険者証記載住所へ戻すことを、次のとおり申請します。

なお、変更申請の場合にあつて、成年後見人等の解任等により、送付先に異動が生じたり、送付先変更が必要でなくなった場合は、速やかに広域連合へ届出を行います。

また、変更申請により受け取った後期高齢者医療被保険者証等について、適切に管理することを誓約します。

## 記

#### 1.送付先変更(または廃止)を申請する被保険者

(1)保険者番号・被保険者番号 ×7×7×7×7  
(2)被保険者住所 〒583-8585 羽曳野市萱田4丁目1-1  
電話番号 (072-×××-××××)  
(3)被保険者氏名 羽曳野 太郎  
生年月日 明・大・昭 ×年 ×月 ××日

被保険証番号(被保険者証の上段にあります8桁の番号)と住所、氏名、生年月日、電話番号をご記入ください。

#### 2.送付先とする(としていた)住所

〒×××-×××× ××市×××1丁目×番×1号 ××病院  
電話番号 ( - - )

送付先を希望される住所とご連絡先の電話番号をご記入ください。

#### 3.送付先変更(または廃止)理由

施設入所のため

今回送付先変更を希望される理由をご記入ください。

(例)

- ・施設入所のため
- ・成年後見人開始のため
- ・入院のため 等

#### 4.送付先変更を希望する期間(廃止申請にあつては「全」側に適用廃止日を記入)

自 令和 年 月 日 ~ 至 令和 年 月 日

【ご注意】宛名は原則被保険者名です。成年後見人の場合は、成年後見人に変更可能。

#### 以下市区町村記入欄

##### 申請者確認

☐運転免許証 ☐パスポート ☐住基カード ☐その他( )

被保険者の送付先変更意思確認(申請者が親族等の場合)

※太枠で囲んでいる箇所をご記入ください。  
※被保険者番号がわからない場合は、その欄は空白でご提出してください。  
※施設入所等の場合は、施設の入居証明書を添付してください。  
※成年後見人等の開始の場合は、登記事項証明書と後見人様の身分証明書のコピーを添付してください。