

記入例

賦課	給付	収納管理

受付年月日

後期高齢者医療制度にかかる通知書等 送付先(変更・廃止)申請書

※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)

カナ

被保険者氏名・印

羽曳野 太郎

被保険者の氏名をご記入ください。

後期高齢者医療制度にかかる通知書等を、被保険者証記載住所以外の希望住所に送付先変更すること、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、本申請内容に変更が生じた場合は、速やかに広域連合へ届出を行います。

記

1. 保険者番号・被保険者番号

×7×7×7×7

2. 被保険者証記載の住所・氏名・生年月日・性別及び電話番号

〒583-8585 羽曳野市萱田4丁目1-1

氏名 羽曳野 太郎

生年月日 明・大・昭 × 年 × 月 ×× 日

電話番号 (072 - ×××× - ××××)

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。

3. 送付を希望される(されていた)住所〔方書・アパート等あれば記入願います〕・電話番号

〒××× - ×××× 羽曳野市恵我之荘3丁目1番1号 羽曳野 花子 様方

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。

※なお、ご家族の住所に送付先を希望される場合は、住所をご記入いただいた後に、そのご住居にお住まいになられている方の氏名をご記入いただき、様方をつけてください。

4. 送付先変更(または廃止)を希望する理由

書類管理のため

5. 送付先変更の適用希望期間(廃止申請にあつては「至」側に適用廃止日を記入)

自 令和 年 月 日 ~ 至 令和 年 月 日

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
入院のため
書類管理のため 等

※送付先変更は「賦課」「給付」「収納管理」に関係する文書に限り適用となります。したがって「被保険者証」等の「資格」に関係するものは被保険者証記載住所に送付となりますのでご注意ください。

※送付希望期間が過ぎても継続して適用を希望される場合は、再申請願います。

【ご注意】あて名は被保険者名以外には変更いたしません。

※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