

後期高齢者医療被保険者証等送付先変更申請書

私の後期高齢者医療被保険者証等について、以下のとおり送付先の変更を申請します。

郵便番号	
住所 (施設・マンション名等)	
フリガナ 氏名	(続柄)
電話番号	
送付先変更理由	<input type="checkbox"/> 施設入所のため <input type="checkbox"/> 家族宅等に居住のため <input type="checkbox"/> その他 ()

令和 年 月 日

栃木県後期高齢者医療広域連合長 様

被保険者 被保険者番号.....

住 所 足利市.....

生年月日.....

氏 名.....

申出者 住 所.....

(上記送付先と異なる場合
ご記入ください) 氏 名 (続柄).....

電話番号.....

【下記をご確認の上、同意をお願いいたします】

今回申出の送付先が変更となった場合は、速やかに届け出ます。

※届け出が無い限り、上記送付先に後期高齢者医療に関する通知等が送付されます。