

## 後期高齢者医療に関する送付物の送付先変更依頼書

被保険者番号								
被保険者氏名							生年月日	明治・大正・昭和・西暦 年 月 日
住 所								

依頼の内容	<input type="checkbox"/> 送付先変更	<input type="checkbox"/> 送付先変更の解除
理 由 <small>(その他の場合は具体的に記入ください)</small>	1：施設入所のため      2：成年後見制度利用      3：被保険者死亡のため 4：その他 [ ]	

(「依頼の内容」で“送付先変更”を選択された方はご記入ください。)

送付先変更期間	令和 年 月 日 から 令和 年 月 日	
送 付 先	〒 _____ _____ 電話番号 _____	
ふりがな 送付先宛名		被保険者との関係 [ ]

東京都後期高齢者医療広域連合長 あて

年 月 日

後期高齢者医療に関する送付物の送付先について、上記のとおり変更を依頼します。

依頼者 (  上記送付先に同じ )

住 所 \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

氏 名 \_\_\_\_\_ 電話番号 \_\_\_\_\_

**【処 理 欄】**

- 資格                   ⇒後期システム入力
- 賦課                   R . . .
- 収納                   ⇒e-suite 入力
- 給付                   R . . .
- 医療費通知           ⇒入力情報確認 (確認者)
- 後発医薬品           R . . .

確認者	入力者	受付者	受 付 印	

※注：減額査定通知 (広域入力)