

送付先変更をご希望の方へのご案内

- 1** 被保険者本人の内容を記入してください。
- 2** 依頼内容を選び、該当理由に○をしてください。
- 3** 送付変更先について記入してください。
変更期間に終わりがいい場合は空欄で結構です。
- 4** 届出人（依頼者）の住所と氏名等をご記入ください。
送付先の方と依頼者が同じ場合には「□上記送付先と同じ」の欄をチェックし、依頼者住所などの記入を省略することができます。

<必要書類>

- ①被保険者本人の本人確認書類（運転免許証・マイナンバーカード・保険証等）の写し
- ②送付変更先の住所・宛名が確認できる書類（運転免許証・マイナンバーカード・保険証等）の写し
- ③届出人（依頼者）の本人確認書類（運転免許証・マイナンバーカード・保険証等）の写し
※②の書類と兼ねることが出来る場合は不要

※成年後見人制度等による申請の場合

上記書類に加え、登記事項証明書の写しを添付ください。

なお、登記事項証明書に送付変更先住所の記載がない場合は、それが確認できる審判書等の写しも添付してください。

荒川区福祉部
国保年金課後期高齢者医療係
<連絡先>03-3802-4148

後期高齢者医療に関する送付物の送付先変更依頼書												
1	被保険者番号	0	1	2	3	4	5	6	7			
	被保険者氏名	荒川 太郎					生年月日	男・女・未定 <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/>				
	住所	荒川区荒川2丁目2番3号										
2	依頼の内容	<input checked="" type="checkbox"/> 送付先変更		<input type="checkbox"/> 送付先変更の解除								
	理由	<input type="checkbox"/> 1:施設入所のため <input type="checkbox"/> 2:成年後見制度利用 <input type="checkbox"/> 3:被保険者死亡のため <small>(その他の場合は具体的に記入ください)</small> <input checked="" type="checkbox"/> 4:その他 (例)長期入院のため・書類管理が困難なため など										
	<small>(「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。)</small>											
3	送付先変更期間	令和	〇	年	〇	月	〇	日	から 令和	年	月	日
	〒	116-0012										
	送付先	荒川区町屋〇丁目〇番〇号										
	電話番号	03 (1234) 1234										
	届出人氏名	あらかわ はなこ							被保険者との関係			
	送付先宛名	荒川 花子							長女			
4	東京都後期高齢者医療広域連合会 まで											
	令和 〇年 〇月 〇日											
	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	<input type="checkbox"/> 上記送付先と同じ <input checked="" type="checkbox"/>										
	住所	荒川区荒川2丁目2番3号										
	氏名	荒川 太郎					電話番号03 (9776) 9876					
	【印・連 兼】	<input type="checkbox"/> 資格 →後期システム入力 <input type="checkbox"/> 賦課 R <input type="checkbox"/> 収納 →e-suite入力 <input type="checkbox"/> 給付 R <input type="checkbox"/> 医療費通知 →人方情報確認(確認者) <input type="checkbox"/> 後発医薬品 R										
		確認者	入力者	受付者								
					送付印							
	<small>※注：報酬査定通知（公域入力）</small>											