

文書送付先変更依頼書（ 介護保険 ・ 後期高齢者医療制度 ）

介護被保険者番号										
後期被保険者番号										
被保険者氏名	大正 ・ 昭和 年 月 日 生									
住 所	電話番号（ ） 清瀬市									

依頼の内容	☐ 送付先変更	☐ 送付先変更の解除	
ご指定のある場合 （介護は指定不可）	☐ 保険証関係	☐ 給付関係（高額医療費の案内など）	☐ 保険料関係

（『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。）

理 由 (具体的にご記入ください)	☐ 施設入所のため 施設名（ ） ☐ 長期入院 病院名（ ） ☐ 死亡のため ☐ その他（ ）
送付先変更期間	令和 年 月 日 から （解除の際はご連絡ください。）
送付先住所	〒 ー 方 電話番号（ ）
送付先宛名 *必ず記入して ください	フリガナ 被保険者との関係（ ）

東京都後期高齢者医療広域連合長 殿 清瀬市長 殿	
☐ 介護保険 ☐ 後期高齢者医療制度	令和 年 月 日 に関する文書の送付先について、上記のとおり送付くださいますよう依頼します。 〒 ー 依頼者 住 所 電話番号（ ） 氏 名