

文書送付先変更依頼書 (介護保険 ・ 後期高齢者医療保険)

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

依頼の内容	<input type="checkbox"/> 送付先変更	<input type="checkbox"/> 送付先変更の解除	
ご指定のある場合 (介護は指定不可)	<input type="checkbox"/> 保険証関係	<input type="checkbox"/> 給付関係 (高額医療費の案内など)	<input type="checkbox"/> 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)	<input type="checkbox"/> 施設入所のため 施設名 () <input type="checkbox"/> 長期入院 病院名 () <input type="checkbox"/> 死亡のため <input type="checkbox"/> 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

令和 年 月 日

介護保険
 後期高齢者医療保険

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 _____

本人確認 : マイナンバーカード ・ 運転免許証 ・ その他 (郵送 ・ 松山 ・ 野塩)
受 付 :