

**変更  
後期高齢者医療 送付先  
変更解除 申請書**

被保険者番号	
被保険者氏名	
生年月日	T      S      年      月      日
現住所	〒      -
送付先住所	<input type="checkbox"/> 送付先変更を解除し、現住所に戻す。 〒      -
方書	
フリガナ	
郵便物受取人	
連絡先電話番号	自宅・携帯・職場（      ）      -
申請理由	<input type="checkbox"/> 入院中 <input type="checkbox"/> 施設入所中 <input type="checkbox"/> 成年後見人等を受取人とするため(証明書添付) <input type="checkbox"/> 被保険者死亡のため <input type="checkbox"/> その他(具体的にご記入ください)

上記のとおり送付先の変更を申請します。

送付先変更を申請するにあたり、以下のことを誓約します。

- 1 申請内容に変更が生じた場合、速やかに届出をします。
- 2 送付先変更後の住所に郵便物が届かなくなった、又は連絡がとれなくなった場合は、広域連合が適宜、送付先変更を解除することを了承します。
- 3 この申請に関する全ての責めは、申請者により負います。

愛知県後期高齢者医療広域連合長 様

申請者 (記入者)	年 月 日
住 所	
氏 名	
被保険者との続柄	
電 話	

※処理欄

記入者確認	個人番号カード・運転免許証・日本国旅券(パスポート)・在留カード・特別永住者証明書・身体障害者手帳 運転経歴証明書・住基カード(写真有)・その他(      ) 健康保険被保険者証・健康保険資格確認書・年金手帳(基礎年金番号通知書)・年金証書・介護保険被保険者証 生活保護受給証明書・雇用保険受給資格者証・キャッシュカード・預金通帳・クレジットカード 社員証・診察券・住基カード(写真無)・その他(      )				
受付担当者		入力日		解除入力日	

G-COAS		標準システム		画面印刷	
入力	確認	入力	確認	印刷	確認