

送付先変更届出書（新規・変更・廃止）

令和 年 月 日

（あて先） 埼玉県後期高齢者医療広域連合長
日 高 市 長

〒

（届出人）住 所 _____

フリガナ

氏 名 _____

電話番号 _____（ ） _____

被保険者との関係 _____

後期高齢者医療等に関する送付物の送付先について、下記のとおり届け出ます。また、送付先変更に伴う不利益はすべて届出人の責任とし、埼玉県後期高齢者医療広域連合及び日高市に責任を問わないことを誓約します。（□について、チェック☑を入れてください。）

被保険者	被保険者番号			
	氏 名		生年月日	年 月 日
	住 所			
変更理由	☐ 被保険者自身で郵便物を管理することが困難なため ☐ 病院や施設へ入院・入所しているため ☐ 一時的に居所を移しているため ☐ その他（ ）			
送 付 先 変 更 する 通 知 等	☐ 後期高齢者医療制度に関するすべての通知 ☐ 資格（資格確認書、基準収入等） ☐ 賦課・収納（保険料決定通知書等） ☐ 給付（高額療養費支給申請書等） ☐ その他（ ） ☐ 重度心身障がい者医療費に関するすべての通知			
送 付 先	☐ 届出人が送付先 ☐ 住民登録地に戻す			
	住 所	〒 ー		
	氏 名	本人 ・ 本人以外 （ ）	被保険者との関係	
	電 話 番 号	（ ）		

【必要書類】

- 委任状原本（届出人が被保険者と別世帯の場合のみ）
- 送付先となる人の公的機関が発行した身分証明書の写し（運転免許証など）
- 届出人が成年後見人の場合は登記事項証明書の写し、施設職員の場合は社員証等の写しが併せて必要です。