

後期高齢者医療被保険者番号									
介護保険被保険者番号									

送 付 先 変 更 申 立 書
(登 録 ・ 取 消)

令和 年 月 日

広島県後期高齢者医療広域連合長 様
広島市 区長 様

〒 ー

< 申立人 (届出人) > 住所 _____

 氏名 _____
 被保険者との続柄 _____
 電話番号 _____

下記の者の後期高齢者医療関係通知書及び介護保険被保険者証等の送付先を次の理由により変更してください。

記

- ・ 被保険者氏名 _____ (T ・ S 年 月 日生)
- ・ 住民登録地 〒 ー _____ 広島市 区 _____
- ・ 送付先住所 〒 ー _____
 申立人住所と同じ
 (すれば送付先住所の記載を省略可)
- ・ 理由 _____

《注意》 1 変更の理由についてはできるだけ詳しく書いてください。
 (例) 書類の管理が難しいため、入院・入所中のため、後見人選任のため など。
 2 変更の理由がなくなったときはすみやかに申し出てください。

後 期 高 齢	変更する区分	係	係
	<input type="checkbox"/> 資 格 <input type="checkbox"/> 給 付 <input type="checkbox"/> 保 険 料	標準システム	市町システム
介 護 保 険	変更する区分	係	係長
	<input type="checkbox"/> 受給者 <input type="checkbox"/> 給 付 <input type="checkbox"/> 保 険 料		

介護保険担当へ写しを
 提供済
 不要 (理由: _____)

収納対策部送付

※いづれにも✓がない場合は全ての区分を変更、原本は後期高齢が保管