

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 _____

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（保佐人）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	標準システム	市町システム	
	<input type="checkbox"/> 給 付 <input type="checkbox"/> 保険料	/	/	
介 護 保 険	変更する区分	係	照合	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
/

※いずれにも✓がない場合は全ての区分を変更、原本は後期高齢者が保管