

送付先変更申出書

自庁システム	標準システム	確認

【対象被保険者】	フリガナ		被保険者番号																	
	氏名		生年月日																	
【住民登録地】	住所	〒																		

【変更後送付先】	住所	〒																			
	フリガナ		本人との続柄																		
	宛名																				
	変更事由																				
有効期間	令和 年 月 日 ~ 令和 年 月 日																				

【添付書類】

本人	<input type="checkbox"/> 運転免許証 <input type="checkbox"/> マイナンバーカード <input type="checkbox"/> 委任状 <input type="checkbox"/> その他 ()
申請者	<input type="checkbox"/> 運転免許証 <input type="checkbox"/> マイナンバーカード <input type="checkbox"/> その他 ()

(あて先) 埼玉県後期高齢者医療広域連合長
戸田市長

上記のとおり被保険者の同意に基づき後期高齢者医療制度に関する書類の送付先の変更を申し出ます。なお、送付先変更に伴う不利益はすべて申請者の責任とします。

令和 年 月 日

(申請者) 住 所 _____
氏 名 _____
被保険者との続柄 _____
連絡先電話番号 _____