後期高齢者医療　各種送付先変更等届出書

令和　　　年　　　月　　　日

（あて先）　埼玉県後期高齢者医療広域連合

　　　　　　狭山市長

（届出人）　住　　所

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　氏　　名

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　電　　話

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　被保険者との続柄

　後期高齢者医療制度に関する送付先変更について、下記のとおり届出ます。

|  |  |
| --- | --- |
| 被保険者番号 |  |
| 被保険者氏名 |  | 生年月日 | 　　　　　年　　　月　　　日 |
| フリガナ送付先氏名 |  | 被保険者との続柄 |  |
| 送付先住所 | 〒 | 連絡先 |  |
| 送付先変更する通知等 | * ○で囲んでください

・後期高齢者医療制度に関するすべての通知　　　・資格確認書、給付関係・保険料関係通知書　　・その他　（　　　　　　　　　　　　　　　） |
| 送付先変更を行う理由 |  |

必要書類

・本人のマイナンバーカードもしくは資格確認書等（郵送での手続きの場合はその写し）

・送付先となる方の公的機関が発行した身分証明書（運転免許証など）

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| ＭＣ | 標準 | 確認 |
|  |  |  |