

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