

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 _____ (印)
電 話 _____
被保険者との続柄 _____

後期高齢者医療制度に関する被保険者証などの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
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 ・被保険者証 ・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 ・被保険者証 (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