

送付先変更申出書

令和 年 月 日

関市長 様
岐阜県後期高齢者医療広域連合長 様

届出者 〒

住 所

フリガナ
氏 名
電話番号

被保険者
との続柄

被保険者 〒

住 所

フリガナ
氏 名
生年月日 T ・ S 年 月 日
電話番号

☐ 介護保険
☐ 後期高齢者医療
制度に関する書類の送付先を次のとおり変更してください。

内 容	送付先				
☐ すべて	住 所	〒			☐ 届出者と同じ
☐ 保険証・資格確認書等		☐ 届出者と同じ			
☐ 保険料	フリガナ 氏 名	様方			被保険者 との続柄
☐ 給付	電話番号	自宅		携帯	

☐ 介護保険
☐ 後期高齢者医療
制度に関する書類の送付先の設定を解除してください。

[市処理欄]

届出者身分確認：免許証・個人番号カード・その他（ ）

課長	課 員	照合	担当	被保険者番号	入力日

被保険者住非キー（ ）