

# 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				
<input type="checkbox"/> すべて	住 所	〒 _____			<input type="checkbox"/> 届出者と同じ
<input type="checkbox"/> 保険証等	フリガナ 氏 名	<input type="checkbox"/> 届出者と同じ			被保険者 との続柄
<input type="checkbox"/> 保険料		様方			
<input type="checkbox"/> 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（ \_\_\_\_\_ ）