

後期高齢者医療に関する送付物の送付先変更依頼書

1、依頼の内容

送付先変更・・・2, 3, 4を記入
 送付先変更の解除・・・2, 4を記入
 (多摩市の介護保険資格を有する場合) 介護保険も変更を希望
 する
 しない

2、被保険者

被保険者番号								
氏名								
生年月日	大正・昭和		年		月		日	
住所	〒							
			電話番号		-		-	

3、送付先

ふりがな 送付先宛名								
								被保険者との関係 ()
住所	〒							
			電話番号		-		-	
理由	<input type="checkbox"/> 文書の管理が困難なため <input type="checkbox"/> 入院のため <input type="checkbox"/> 施設入所のため <input type="checkbox"/> 後見人・保佐人・補助人が選任されたため <input type="checkbox"/> その他 具体的に ()							

4、依頼者

東京都後期高齢者医療広域連合長 あて				年	月	日
多摩市長 あて						
後期高齢者医療に関する送付物の送付先について、上記のとおり変更を依頼します。						
氏名	_____					
住所	_____					
電話番号	_____					

【処理欄】

確認者	入力者	受付者	写し	受付印	
Reams	Reams				
標準	標準				