

送付先変更（取下）届

あて先 幸手市長

埼玉県後期高齢者医療広域連合長

次のとおり、被保険者本人承諾のうえで裏面に関する書類の送付先の
（ 変 更 ・ 取 下 ）を届出ます。

なお、この届出にあたり関係者への説明は私が責任をもって行います。
 また、送付先住所等に変更があったとき、送付先への変更が必要でなくな
 ったときは、速やかに届出ます。

届出年月日 令和 年 月 日

被 保 険 者	被保険者番号 受給者番号		生年月日	大正・昭和・平成・令和 年 月 日
	フリガナ			
	氏 名			
	住 所	〒		
	電 話 番 号	()		

届 出 者	フリガナ		被保険者との 関係	
	氏 名			
	住 所	〒		
	電 話 番 号	()		

※被保険者と異なる場合のみご記入ください

送 付 先	フリガナ		<input type="checkbox"/> 届出者と送付先住所が 同じときは□に✓を 記入してください
	氏 名		
	住 所	〒	
	電 話 番 号	()	

※この氏名が、変更後の住所に方書として表示されます。(〇〇様方 被保険者 様)

備 考	開始年月日：令和 年 月 日 / 終了年月日：令和 年 月 日 <small>※上記の開始年月日/終了年月日に指定の記載がない場合は、開始年月日を届出年月日とする。</small>
-----	-----------------------------------------------------------------------------------------------

. 以下、保険者記入欄

本人確認欄	
1点 □ 運転免許証 □ パスポート □ マイナンバーカード □ 障害者手帳(写真付) □ その他()	2点 □ 資格確認書 □ 預貯金通帳 □ キャッシュカード □ 診察券 □ その他()
委任状保管担当課	課 送付先氏名宛名番号

