

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																	続 柄	
	フリガナ															生年月日	明治・大正・昭和・平成・令和 年 月 日		
	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 <input checked="" type="checkbox"/> 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 <input type="checkbox"/> 運転免許証 <input type="checkbox"/> パスポート <input type="checkbox"/> 住民基本台帳カード <input type="checkbox"/> 障害者手帳 <input type="checkbox"/> その他 ()	2点 <input type="checkbox"/> 各種健康保険証 <input type="checkbox"/> 預貯金通帳 <input type="checkbox"/> キャッシュカード <input type="checkbox"/> 診察券 <input type="checkbox"/> その他 ()
送付先氏名宛番号	

