

市 町 名	伊賀市
市町個人番号	記入不要
被保険者番号	

後期高齢者医療の送付先変更申請書

届 出 者 名	伊賀 太郎	被保険者との関係	子
住 所	〒 518 - 0000 伊賀市〇〇町1234番地		
連絡先電話番号	0595 - 34 - 5678		

被保険者番号 (不明な場合は記載不要)		0	1	2	3	4	5	6	7
被 保 険 者	(フリガナ)	イガ ハナコ							
	氏 名	伊賀 花子							
	生年月日	昭和 3 年 3 月 3 日							
	住 所	三重県伊賀市 △△ 町 999 番地							

どちらかにチェック

変 更 理 由

- ☐ 一時的に住民登録地と異なる住所に居住しており通知が届かないため
☐ その他()

「その他」の場合は、()内に理由を記入してください。

変 更 期 間

令和 8 年 〇 月 〇 日から

- ☐ 年 月 日まで
☐ 内容の変更があるまで

送付先住所

〒 518 - 9999

伊賀市□□55番地

届出者宛ての場合は、「届出者と同じ」と記入してください。

(

様方

変更期間の終わりの日付が決まっているときは、終わりの日付を記入してください。
期間が未定の時は、「内容の変更があるまで」にチェックしてください。

(あて先)

三重県後期高齢者医療広域連合長

上記のとおり、後期高齢者医療に関する通知等の送付先の変更を申請します。
なお、この内容に変更のあった時は速やかに届出します。

年 月 日

記入した日付を
記入してください。

市 町 確 認 欄			
受 付	届出者 (本人・代理人)	入 力	交 付
	運転免許証・個人番号カード 住基カード・障害者手帳 資格確認書・介護保険証 その他 ()		月 日

