

市 町 名	
市町個人番号	
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		被保険者との関係	
住 所	〒 ー		
連絡先電話番号	ー ー		

被保険者番号 (不明な場合は記載不要)							
被 保 険 者	(フリガナ) 氏 名						
	生年月日	年 月 日					
	住 所	三重県伊賀市					
変 更 理 由	<input type="checkbox"/> 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 <input type="checkbox"/> その他()						
変 更 期 間	年 月 日から			<input type="checkbox"/> 年 月 日まで <input type="checkbox"/> 内容の変更があるまで			
送付先住所	〒 ー (様方)						
(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							

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

