

## 後期高齢者医療関係等書類送付先変更申請書

該当者 (被保険者)	被保険者番号								
	住 所								
	フリ 氏 名								明・大・昭 年 月 日生
送 付 先	住 所	〒 —							
	フリ 氏 名						電話番号 ( ) —	被保険者との 関係(続柄等)	
変更送付 有効期間	年 月 日 ~ 年 月 日								
申請理由	1. 入院中のため 2. その他 ( )								
<b>送付先の変更を希望する書類(希望のものにレ点を付けてください。)</b>									
<input type="checkbox"/> 資格関係の通知 (被保険者証、限度額適用・標準負担額減額認定証など)									
<input type="checkbox"/> 保険料に関する通知									
<input type="checkbox"/> 納付関係の通知									
<input type="checkbox"/> 支給関係の通知 (医療費通知、高額療養費など)									
<input type="checkbox"/> 介護保険 (介護保険について、送付先変更を希望する場合レ点を付けてください。)									
<p>防 府 市 長 様</p> <p>上記のとおり送付先の変更を申請します。</p> <p>なお、申請内容に変更のある場合には、必ず届け出をします。</p> <p>令和 年 月 日</p> <p style="text-align: center;">【申請者】 住 所</p> <p style="text-align: center;">氏 名</p> <p style="text-align: center;">被保険者との関係(続柄等)</p> <p style="text-align: center;">電話番号 ( ) —</p> <p>※郵便物が届かない場合又は市外へ転出された時点で、この申請は無効となります。</p> <p>※希望用件以外でも上記送付先に連絡する場合がありますので、予めご了承ください。</p>									