

送付先変更解除申請書

令和 年 月 日

香川県後期高齢者医療広域連合長 殿

下記のとおり、送付先変更の解除を申請します。

届出者氏名		被保険者 との続柄	
届出者住所			

被保険者番号				
被 保 険 者	氏 名			
	住 所			
	生年月日	明治 大正 昭和	年 月 日	電話番号
現 在 の 変 更 先	住 所	〒		
	宛 名			
	電話番号			
送付先変更 を解除する 理 由	<input type="checkbox"/> 成年後見が終了・変更したため <input type="checkbox"/> 特別な事情に該当しなくなったため			

※送付先変更を解除した場合は、住所地に送付されます。

※届出人等記入欄（解除理由が特別な事情の場合に、記入してください。）

令和 年 月 日
香川県後期高齢者医療広域連合長 殿

上記のとおり相違ないことを証明いたします。
_____ (印)