

送付先変更解除申請書

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。

| | | | |
|-------|--|--------------|--|
| フリガナ | | 被保険者 との続柄 | |
| 申請者氏名 | | 連絡先 | |
| 申請者住所 | | | |

| | | | |
|----------------------------|--|----------|-------|
| 被保険者番号 | | | |
| 被 保 険 者 | 氏 名 | | |
| | 住 所 | | |
| | 生年月日 | 大正 昭和 | 年 月 日 |
| 現 在 の 変 更 先 | 住 所 | 〒 | |
| | 宛 名 | | |
| | 連絡先 | | |
| 送付先変更 を解除する 理 由 | <input type="checkbox"/> 成年後見等が終了・変更したため <input type="checkbox"/> 本人が自宅へ戻ったため <input type="checkbox"/> 住所を変更するため <input type="checkbox"/> 新しい送付先に変更するため ※宛名に変更がない場合は解除申請書は不要です <input type="checkbox"/> その他 () | | |

【注意事項】

※ 送付先変更を解除した場合は、住所地に送付されます。

※ 送付先の解除には日数がかかりますので、入れ違いにより旧送付先へ届く場合があります。