

記入例

送付先変更申請書

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、送付先の変更を申請します。

なお、この申請により被保険者及び関係者との間で問題が生じた場合は、申請者が責任をもって解決します。

フリガナ	コウイキ ジロウ	被保険者との続柄	長男
申請者氏名	広域 二郎	連絡先	〇〇〇-〇〇〇-〇〇〇
申請者住所	丸亀市大手町二丁目〇番〇号		

被保険者番号	1980072		
被保険者	氏名	広域 連五郎	
	住所	高松市福岡町二丁目〇番〇号	
	生年月日	大正昭和 12年 3月 4日	連絡先
変更先	住所	〒760-8570 高松市番町四丁目〇番〇号 ケアハウス△△△△	
	フリガナ	コウイキ レンゴロウ	
	宛名	広域 連五郎	
	連絡先	△△△-△△△-△△△	被保険者との続柄
送付先を変更する理由	<input type="checkbox"/> 成年被後見人等（被保佐人・被補助人）であるため ※添付書類 権限記載の登記事項証明書又は審判書の写し、成年後見人等の身分証明書の写し <input checked="" type="checkbox"/> 施設・病院へ入所・入院するため <input type="checkbox"/> その他（ ）		
送付先変更を希望する帳票	<input checked="" type="checkbox"/> 資格管理帳票、賦課管理帳票、収納管理帳票、給付管理帳票 <input type="checkbox"/> 資格管理帳票のみ		

成年被後見人等の場合は、添付書類で確認できる住所・宛名を記入してください。

【注意事項】

※ 送付先の変更には日数がかかりますので、入れく場合があります。

※ 郵便物が届かない場合や、変更先へお送りする場合は、送付先設定を解除することがあります。

※ 転出により住所地の市町が変更になる場合は、送付先設定の継続・変更・解除を転出元の市町へ申し出てください。

送付先変更を希望する帳票にチェックを入れてください。保険証や資格確認書などの送付先のみ変更される場合は下側にチェックしてください。