

送付先変更申請書

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		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	連絡先
変 更 先	住 所	〒		
	フリガナ			
	宛 名			
	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 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 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			

【注意事項】

※ 送付先の変更には日数がかかりますので、入れ違いにより住所地・旧送付先へ届く場合があります。

※ 郵便物が届かない場合や、変更先へお送りすることが不適當であると判断される場合は、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。