

年 月 日

大網白里市 市民課 宛

住 所 _____
申請者 氏 名 _____
電話番号 () _____
被保険者との関係 _____

後期高齢者医療被保険者証送付先変更願

当該被保険者に対する後期高齢者医療被保険者証については、下記の事由により居住地での受取りが困難であるため、送付先を変更するよう依頼します。

なお、この送付先変更に関する事項は、被保険者（又はその関係者）並びに送付先に説明済みであり、生じた問題に対する責任は、申請者である私が負うことに同意します。

被 保 険 者	被保険者番号	
	住所	
	氏名（カナ）	()
	生年月日	M ・ T ・ S 年 月 日
転 送 先	住所	〒 -
	氏名（カナ）	()
	電話番号	()
	被保険者との関係	本人・親族 ()・成年後見人・その他
送付先変更の理由		
送付先変更期間		永年 ・ 年 月 日まで
転送書類		被保険者証等 ・ 給付関係書類 ・ 保険料関係書類

委任状

私、(被保険者氏名) _____

に対する、後期高齢者医療被保険者証及び後期高齢者医療に関する書類の受領を下記の者へ委任する。

理由 裏面記載のとおり

年 月 日

被保険者 (本人)

住所 _____

氏名 _____ 印 _____

代理人

住所 _____

氏名 _____

関係 _____
