

年 月 日

大網白里市市民課長 宛

住 所

申請者 氏 名

電話番号 ()

被保険者との関係

後期高齢者医療資格確認書等送付先変更解除願

当該被保険者に対する後期高齢者医療資格確認書等については、送付先を変更するよう依頼しましたが、その依頼を解除します。

なお、この送付先変更依頼の解除に関する事項は、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
解 除 理 由		
送付先変更の解除をする書類		資格確認書等 ・ 給付関係書類 ・ 保険料関係書類

<市処理欄>

決裁		本人確認方法		免許証 ・ 資格確認書 ・ ()		
課長	副課長	班長	班員	班員	担当者	MC入力日
						令和 年 月 日
						広域システム入力日
						令和 年 月 日

委任状

私、(被保険者氏名) _____

に対する、後期高齢者医療資格確認書及び後期高齢者医療に関する
書類の送付先変更の解除にかかる申請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 _____
