

令和 年 月 日

(宛先) 千葉県後期高齢者医療広域連合長

(宛先) 野田市長

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（フリガナ）	()
	生年月日	M ・ T ・ S 年 月 日
転 送 先	住所	〒 -
	氏名（フリガナ）	()
	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 ・ 令和 年 月まで
転送書類		被保険者証等 ・ 給付関係書類 ・ 保険料関係書類 その他： _____

※被保険者（本人）以外の方が申請を行う場合、裏面の委任状を併せて記入してください。

(表)

委任状

(委任者本人が記入してください)

私、(被保険者氏名) _____

に対する、後期高齢者医療制度・() に係

る送付先変更願の申請及び該当書類の受領を下記の者へ委任する。

理由 表面記載のとおり

令和 年 月 日

被保険者 (本人)

住所 _____

氏名 _____ (印)

代理人

住所 _____

氏名 _____ (印)

被保険者との関係 _____

(裏)