

後期高齢者医療に関する送付物の送付先依頼書

被保険者番号								
被保険者氏名	(生年月日 . . )							
住 所	電話番号 ( )							

送付先依頼の内容	<input type="checkbox"/> 指定	<input type="checkbox"/> 変更	<input type="checkbox"/> 解除
----------	-----------------------------	-----------------------------	-----------------------------

『送付先依頼の内容』で「指定」「変更」を選択された方はご記入ください。

送付先変更期間	令和 年 月 日 から 令和 年 月 日
送付先住所	〒 _____
送付先氏名	フリガナ _____
送付先電話番号	( )
理 由	<input type="checkbox"/> 施設等に入所しているため（入所していることを証明する書類） <input type="checkbox"/> 本人が送付物を管理することが困難なため <input type="checkbox"/> 本人が死亡したため <input type="checkbox"/> 後見人制度等を利用しているため <input type="checkbox"/> 家庭内暴力等によりDV支援を受けているため <input type="checkbox"/> 介護上の理由から、一時的に被保険者証記載の住所にいないため ※施設以外の送付先の場合は住所が実在する証明として、住所の記載がある官公庁から送付された書類又は公共料金の通知が必要です。
送付物の種類	<input type="checkbox"/> 関連するすべての書類 <input type="checkbox"/> 下記の選択した書類 <input type="checkbox"/> 保険証 <input type="checkbox"/> 保険料 <input type="checkbox"/> 給付（高額療養費） <input type="checkbox"/> 特定健康診査等 <input type="checkbox"/> その他

東京都後期高齢者医療広域連合長 様
令和 年 月 日
後期高齢者医療に関する送付物の送付先について、上記のとおり送付くださいますよう依頼します。
依頼者 氏 名 _____ 電話番号 ( ) _____
住 所 _____

被保険者との関係 <input type="checkbox"/> 本人から依頼を受けた方（委任状・代理権が確認できる書類） <input type="checkbox"/> 3親等以内の親族 続柄 ( ) (住民票が別世帯の場合は戸籍の写しが必要な場合があります) <input type="checkbox"/> 成年後見人、保佐人、補助人（登記事項証明書）
--

※ご指定の送付先住所へ送付した郵便物が、宛所なし等の理由で返戻となった場合は、解除のご申請がなくても、送付先を解除し住民登録のある住所地へ郵便物を再送付する場合があります。

※当該送付先の指定・変更・解除について問題が生じた場合は、依頼者の責任において、解決してください。

立川市処理欄 受領係(課)	賦課係	・	医療給付係	・	健康推進課	※原本は受領課で保管コピーを転送
---------------	-----	---	-------	---	-------	------------------