

申請前にチェック

- この用紙は、後期高齢者医療保険に関するもののみの変更依頼書です。
- 介護保険に関する送付先変更も希望される場合は、本書左下の口をチェックを入れてください。
- 住民税、固定資産税（償却資産を含む）、軽自動車税及び国民健康保険税の送付先変更も希望される場合は、別途申請が必要です。

後期高齢者医療に関する変更依頼書

年 月 日

東京都後期高齢者医療広域連合長 様

後期高齢者医療保険について、下記のとおり依頼します。

フリガナ **コマエ イチロウ**

依頼者 氏 名 **狛江 一郎**

被保険者との関係 (**子**)

〒 **201-8585**

住 所

狛江市和泉本町一丁目1番地5号

電話番号 **03(3430)1111**

被保険者番号	1	2	●	●	●	6	7	8	
被保険者氏名	狛江 太郎					生年月日	明治 大正 昭和 12 年 4 月 1 日		
住 所	〒 -					<input checked="" type="checkbox"/> 依頼者住所と同じ			
						電話番号	()		

依頼内容	<input checked="" type="checkbox"/> 送付先変更	<input type="checkbox"/> 送付先変更の解除	<input type="checkbox"/> 医療費振込口座変更
------	---	-----------------------------------	------------------------------------

変更理由	<input type="checkbox"/> 成年後見人制度を利用している <input type="checkbox"/> 長期の入院または施設入所 <input type="checkbox"/> 親族のもとへ一時的に居所を移している <input type="checkbox"/> その他 ()		
送 付 先	<input checked="" type="checkbox"/> あてはまるものに <input checked="" type="checkbox"/> チェックを入れてください		<input checked="" type="checkbox"/> 依頼者住所・電話番号と同じ
		方	
		電話番号	()
フリガナ	<input checked="" type="checkbox"/> 依頼者氏名と同じ		
送付先の宛名	被保険者との関係 (子)		

振込み先口座	銀行 信用金庫 信用組合 農業協同組合	本店 支店 出張所	種 目	1 普通 2 当座
	ゆうちょ 記号・番号	-	口座番号	
	<input type="checkbox"/> 口座名義	フリガナ	<input type="checkbox"/> 依頼者氏名と同じ	

介護保険に関する送付先の変更も希望します。

確認者		入力者		受付者		受 付 印
広域	MC	広域	MC			
口座	送付先	口座	送付先			
送付先	連絡先	送付先	連絡先			