

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、本書左下の枠にチェックを入れてください。
- 市税等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。

依頼者 (フリガナ) 氏 名 _____
住 所 _____
電話番号 () _____

被保険者番号	_____	生年月日	明治 大正 昭和	年 月 日
亡くなられた 被保険者氏名	_____		_____	_____
住 所	_____		<input type="checkbox"/> 依頼者住所と同じ	

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

送 付 先	_____	<input type="checkbox"/> 依頼者住所と同じ
	_____	方
	_____	電話番号 () _____
フリガナ	<input type="checkbox"/> 依頼者氏名と同じ	
送付先の宛名	被保険者との関係 () _____	

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	_____
	フリガナ	<input type="checkbox"/> 依頼者氏名と同じ		

注) 口座変更された方は裏面にもご記入ください。

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			

申 立 書

東京都後期高齢者医療広域連合長 へ

私は、____年 ____月 ____日に亡くなったに係わる

後期高齢者医療費に関する請求及び受領の権限を相続人として引継いだことを申し立てします。

なお、この件に関し問題が生じた場合、私も含め遺族間の話し合いで解決し、狛江市に迷惑を

掛けないことを申し添えます。

年 月 日

〔申立人氏名〕 ⑩

〔続柄〕

〔住所〕 表面の依頼者住所と同じ

.....