

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

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 _____

依頼者 氏 名 _____ 被保険者との関係 ()

住 所 _____

電話番号 ()

被保険者番号									
被保険者氏名					生年月日	大正 昭和	年	月	日
住 所	〒 - □依頼者住所と同じ								
	電話番号 ()								

依頼内容	<input 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	〒 - □依頼者住所・電話番号と同じ
	方
	電話番号 ()

フリガナ	□依頼者氏名と同じ
送付先の宛名	被保険者との関係 ()

公 金 受 取 口 座	<input type="checkbox"/> マイナポータルに登録した公金受取口座 を利用します(被保険者本人のみ利用可) <small>※マイナポータルに登録した口座を利用する場合は☑を入れ、下記の振込先口座欄には記入しないで下さい。 ※公金受取口座を利用できるのは被保険者本人のみです。 ※マイナポータルに口座を登録していない場合や、被保険者本人以外の方の口座は利用できません。</small>
----------------------------	---

振 込 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		
	口座名義	フリガナ □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			