

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□に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

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 ( )

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		
	□ 口座名義	フリガナ □依頼者氏名と同じ		

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)
	※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、上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。

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			