

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	<small>大正</small> <small>昭和</small>	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	
	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)	

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 <input checked="" type="checkbox"/> 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。

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	<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