後期高齢者医療　被保険者証等送付先変更申請書

（あて先）　福岡県後期高齢者医療広域連合長
　　福岡市長

次のとおり、後期高齢者医療にかかる関係書類の送付先について、住民票住所ではなく、下記住所に変更するよう申請します。
なお、送付先を変更する必要がなくなった場合は、速やかに解除の申し出を行います。
また、市（町村）外に住所変更した場合は、この申請が解除されることに同意します。

令和　　年　　月　　日

被保険者（申請者）	被保険者番号		
	氏　　名		生年月日
	住民票上の住所	福岡市 【方書】	
送付先	宛　　先	〒　　－　　 都道 府県 【方書】	
	フリガナ 氏　　名		【被保険者との続柄】 １　本人　２
	電話番号		１　自宅　２　勤務先 ３　携帯　４
変更理由			
解除理由等			
申請が被保険者以外の場合	氏　　名	印　　（被保険者との続柄　　）	
	住　　所		
	電話番号	－　　－	

※ 太ワクの必要な部分だけ記入してください（被保険者若しくは世帯主が記入する場合、又は被保険者証等を持参している場合は、押印の必要はありません）。

市区町村処理欄

送付先変更書類(該当する番号に○を記入)

	帳　票　グループ	変 更 入 力
1	全　　て	広域端末、市町村端末
2	資格管理帳票(被保険者証など)	広域端末
3	賦課・収納管理帳票(簡易申告書など)	
4	給付管理帳票(高額療養費関係など)	
5	保険料関係通知書等	市町村端末

本人確認書類
(被保険者証持参・身分証明書・　　)

受　付	端末入力		受付責任者
	広域端末	市町村端末	

＜城南おくやみ204＞