

令和 年 月 日

勝浦市 市民課長 宛

後期高齢者医療送付先変更願

申請者	住所	〒 ー
	ふりがな 氏名	
	電話番号	
	被保険者との関係	

後期高齢者医療関係書類について、下記の事由により送付先変更の(☐開始・☐変更・☐終了)
を依頼します。なお、この送付先変更に関する事項は、被保険者（又はその関係者）並びに
送付先に説明済みであり、生じた問題に対する責任は、申請者である私が負うことに同意し
ます。

被 保 険 者	被保険者番号			
	住所			
	ふりがな 氏名		生 年 月 日	
送付先変更の理由		1. 被保険者自身で郵便物を管理することが困難なため 2. 病院や施設へ長期入院・入所しているため 3. 成年後見制度により保護を受けているため 4. 被保険者自身が送付先住所に滞在しているため 5. その他（ ）		
転送書類		資格関係書類 ・ 給付関係書類 ・ 保険料関係書類		
変更期間		1. 期限なし 2. 期限あり(年 月 日から 年 月 日まで) ※期限ありの場合、期限後は住民登録地に送付されます。		

転送先	☐ 申請者と同じ ※申請者と同じ場合は、下記は記入不要です。		
	住所	〒 —	
	ふりがな 氏名		関係
	電話番号	()	

記入例

令和 年 月 日

勝浦市 市民課長 宛

後期高齢者医療送付先変更願

申請者	住所	〒〇〇〇-〇〇〇〇 勝浦市〇〇番地〇		
	ふりがな 氏名	かつうら いちろう 勝浦 一郎		
	電話番号	〇〇-〇〇〇〇		
	被保険者との関係	子(長男)		

後期高齢者医療関係書類について、下記の事由により送付先変更の(☑開始・□変更・□終了)を依頼します。なお、この送付先変更に関する事項は、被保険者(又はその関係者)並びに送付先に説明済みであり、生じた問題に対する責任は、申請者である私が負うことに同意します。

被保険者	被保険者番号	〇〇〇〇〇〇〇〇		
	住所	〒〇〇〇-〇〇〇〇 勝浦市〇〇番地〇		
	ふりがな 氏名	かつうら たろう 勝浦 太郎	生 年 月 日	昭和〇〇年〇月〇日
送付先変更の理由		① 被保険者自身で郵便物を管理することが困難なため 2. 病院や施設へ長期入院・入所しているため 3. 成年後見制度により保護を受けているため 4. 被保険者自身が送付先住所に滞在しているため 5. その他 ()		
転送書類		資格関係書類 ・ 給付関係書類 ・ 保険料関係書類		
変更期間		① 期限なし 2. 期限あり(年 月 日から 年 月 日まで) ※期限ありの場合、期限後は住民登録地に送付されます。		

転送先	☑申請者と同じ ※申請者と同じ場合は、下記は記入不要です。			
	住所	〒 —		
	ふりがな 氏名		関係	
	電話番号	()		