

年 月 日

(記入例)

木更津市保険年金課 宛

	住 所
申請者	氏 名
	電 話 番 号
	被保険者との関係

記入した人の情報

後期高齢者医療被保険者証送付先変更願

当該被保険者に対する後期高齢者医療被保険者証については、下記の事由により居住地での受取りが困難であるため、送付先を変更するよう依頼します。

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	木更津市
	氏名(カナ)	
	生年月日	明治 ・ 大正 ・ 昭和 年 月 日
転 送 先	住 所	〒 都・道・府・県 市・町・村
	電話番号	
	被保険者との関係	本人・親族（ ）・成年後見人・その他
送付先変更の理由		介護施設入所のため、病院入院中のため など
転送書類		被保険者証等 ・ 給付関係書類 ・ 保険料関係書類

※申請者の身分証明書を添付してください。

※送付先の変更や解除をご希望の場合は、再度保険年金課への届け出が必要です。