

年 月 日

木更津市保険年金課 宛

申請者	〒	記入した人の情報
	住 所	
	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送付先変更届出書

後期高齢者医療関係書類について、下記の事由により住民登録地での受取りが困難であるため、送付先を変更するよう届け出ます。

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。

①送付先を変更する被保険者

被保険者番号									
住 所	木更津市	送付先を変更したい人の情報							
氏名	フリガナ								
送付先変更の理由	該当する理由に☑を付けてください。 ☐ 本人が書類の管理が困難なため。 ☐ 本人が施設に入所したため。 ☐ 本人が送付先を変更したい。 ☐ その他（ ）								
変更を希望する書類	☐ 資格確認書	送付先変更の理由、希望する書類、 変更期間を選んで☐にチェック							係書類
変更期間	☐ 期限なし ☐ 期限あり（ 年 月 日 ～ 年 月 日） ☐ 今回のみ ※期限ありの場合、期限後は住民登録地に送付されますのでご注意ください。								

②変更後の送付先 ※申請者と同じ場合は記入不要

住 所	〒 都・道・府 (様方)	変更後の送付先情報
電話番号		
被保険者との関係	☐ 本人 ☐ 親族(続柄:) ☐ 成年後見人等 ☐ その他()	