

年 月 日

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

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							
氏名	フリガナ			生年 月 日	年 月 日			
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。 ☐ 本人が送付先住所に滞在しているため。 ☐ その他 ()							
変更を希望する書類	☐ 資格確認書関係書類 ☐ 給付関係書類 ☐ 保険料関係書類							
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	〒 ー 都・道・府・県 市・区・町・村 (様方) ←送付先宛名と表札が異なる場合は、必ず記入してください。
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()

委任状

私、(被保険者氏名)_____に対する、後期高齢者医療
に関する書類の受領を下記の者へ委任する。

理由 裏面記載のとおり

年 月 日

被保険者（本人）

住所 木更津市_____

氏名_____印_____

代理人

住所_____

氏名_____印_____

関係_____