**後期高齢者医療　送付先変更（新規・変更・取消）届**

基本的には別ファイルにe-SUITEから被保険者情報をコピペして使用してください。

なお、この文言は印刷されません。

基本的に窓口で受けた場合はこのファイルを使用しないでください。

（　）がついていないファイルに被保険者情報をe-SUITEからコピペしてきて使ってください。

なお、この文言は印刷されません。

　下記の項目を記入し、提出してください。

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 被保険者番号 |  | | 被保険者の生年月日 |  |
| 被保険者の氏名 |  | | | |
| 住民基本台帳の住所 | 〒 | - | | |
|  | | | |

|  |  |
| --- | --- |
| 送付先に指定する  住所  （※方書も忘れずに記入してください） | □申請者と同じ　　　　□別の送付先を指定する（下記） |
| 〒　　　－ |
| 送付先を変更する  期間 | □申請日から送付先変更の解除申請日まで  □令和　　年　　月　　日より令和　　年　　月　　日まで  □その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） |
| 送付先を変更する  理由 | □被保険者施設入所のため　　□被保険者死亡のため  　□書類等の管理者不在のため  　□その他（  　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） |
| 後期高齢者健診 | □後期高齢者健診受診券についても送付先の変更を希望する。 |

**上記のとおり届け出いたします**

　伊勢崎市長　様

　　　令和 　年 　月 　日

　　　　申請者　住所　〒　　　－

氏名

被保険者との続柄　＿＿＿＿＿

電話番号　　　　　（　　　）

**後期高齢者医療　送付先変更（新規・変更・取消）届**

記入例

　下記の項目を記入し、提出してください。

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 被保険者番号 | 01234567 | | 被保険者の生年月日 | S12/05/01 |
| 被保険者の氏名 | 伊勢崎　太郎 | | | |
| 住民基本台帳の住所 | 〒 | 372-0031 | | |
| 群馬県伊勢崎市今泉町二丁目４１０番地 | | | |

|  |  |
| --- | --- |
| 送付先に指定する  住所  （※方書も忘れずに記入してください） | ☑申請者と同じ　　　　□別の送付先を指定する（下記） |
| 〒　　　－  「別の送付先を指定する」に☑した場合だけ  この欄に住所を記入してください |
| 送付先を変更する  期間 | ☑申請日から送付先変更の解除申請日まで  期間を選択してください  □令和　　年　　月　　日より令和　　年　　月　　日まで  □その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） |
| 送付先を変更する  理由 | ☑被保険者施設入所のため　　□被保険者死亡のため  　□書類等の管理者不在のため  　□その他（  理由を選択してください  　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） |
| 後期高齢者健診 | ☑後期高齢者健診受診券についても送付先の変更を希望する。 |

翌年４月に送られる後期高齢者健診受診券も

送付先を変更したい場合はここに☑してください

**上記のとおり届け出いたします**

　伊勢崎市長　様

　　　令和 １ 年 ８ 月 １ 日

　　　　申請者　住所　〒３７２－００３１

　　　　　　群馬県伊勢崎市今泉町二丁目４１０番地

申請者の情報を

記入してください

氏名　　　伊勢崎　花子

被保険者との続柄　　　長女

電話番号　０２７０（ ２７ ）２７３９