後期高齢者医療　被保険者証等送付先変更申請書

（あて先）福岡県後期高齢者医療広域連合長
●●●市町村長

次のとおり、後期高齢者医療にかかる関係書類の送付先について、住民票住所ではなく、下記住所に変更するよう申請します。
なお、送付先を変更する必要がなくなった場合は、速やかに解除の申し出を行います。
また、市（町村）外に住所変更した場合は、この申請が解除されることに同意します。

令和　　年　　月　　日

被保険者（申請者）	被保険者番号			
	氏　　名		生年月日	明・大・昭　　年　　月　　日
	住民票上の住所	【マンション名等】		
	電話番号	（　　）　　－		
送付先	宛　　先	〒　　－ 【マンション名・法人名等】		
	フリガナ			
	氏名等 ※ （最大18字）			
	電話番号	（　　）　　－		1 自宅　2 勤務先 3 携帯　4
	被保険者との続柄	1 本人　　2 親族（　　）　3 その他（　　）		
変更理由				
解除理由等				
申請が被保険者以外の場合		氏　　名　　（被保険者との続柄　　）		
		住　　所 （□被保険者と同じ） （□送付先と同じ　）		
		電話番号 （□被保険者と同じ）　（　　）　－ （□送付先と同じ　）		

※太ワクの必要な部分を記入してください（申請（届出）が被保険者以外の場合で住所や電話番号が被保険者又は、送付先と同じ場合はレ点を付けてください）。
※ 送付先「氏名等」は18字を超えると帳票等に表示できませんので、法人の名称や肩書（○○成年後見人）等で18字を超える場合は送付先「宛先」に住所に続けて記入してください。
※やむを得ない理由で被保険者以外の方が申請される場合は、必ず先に被保険者の方へ同意を受けられたうえで申請してください。

以下 市区町村処理欄

送付先変更書類（該当する番号に○を記入）

	帳 票 グループ	変 更 入 力
1	全　て	広域端末、市町村端末
2	資格管理帳票（被保険者証など）	広域端末
3	賦課管理帳票（簡易申告書など）	
4	収納管理帳票	
5	給付管理帳票（高額療養費関係など）	
6	医療費通知	
7	保険料関係通知書等	市町村端末

本人確認書類
（保・免・マ・パ・　　）

受　付	端末入力		受付責任者
	広域端末	市町村端末	