

後期高齢者医療制度 書類等送付先変更 設定・解除届

届出日 令和 ○年 ○月 ○日

船橋市長 あて

記入例

申請者

住所 船橋市湊町○丁目○番○号 ○○○○マンション ○○○号室

氏名 船橋 太郎

電話番号 047 (436) 0000

被保険者との関係 長男

当該被保険者に対する後期高齢者医療資格確認書等については、下記の事由により現住所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（またはその関係者）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	1	1	1	1	1	1	1	1	
	被保険者名	船橋 花子								
	生年月日	昭和 ○年 ○月 ○日								
	現住所 (住民票上の住所)	船橋市	本町○丁目○番○号							
	連絡先	電話番号	047 (000) 0000							
送 付 先	フリガナ	フナバシ タロウ					続柄	長男		
	宛先氏名 ※20文字以内で記入してください	船橋 太郎								
	送付宛先住所	〒273-8501 千葉県船橋市湊町○丁目○番○号 ○○○○マンション ○○○号室								
	連絡先	電話番号	047 (436) 0000							
送付先変更の理由 ※該当箇所に○をしてください	1. 病院・施設等への入院・入所など 2. 本人管理困難 3. 成年後見人・保佐人等の認定 4. 送付先変更の解除 5. 被保険者本人の死亡 6. その他 ()									
書類種別	<input checked="" type="checkbox"/>	資格確認書等	<input checked="" type="checkbox"/>	給付関係書類	<input checked="" type="checkbox"/>	保険料関係書類				
送付希望期間	年 月 日 ~ 年 月 日まで								・	永年

以下記入不要です

受付印	受付者名	システム入力者		入力確認者	
		広域連合	GPrime	広域連合	GPrime