後期高齢者医療に係る郵便物送付先（新規・変更・廃止）届

被保険者番号	
被保険者住所	
フリガナ	
被保険者氏名	
被保険者生年月日	年　　月　　日

送付先住所	(〒　　－　　)
フリガナ	
送付先宛名	
被保険者との続柄	
送付先変更の理由	1.病院に入院中(病院名:　　) 2.施設に入所中(施設名:　　) 3.そ　の　他(理　由:　　)

年　　月　　日

届出人　住 所

氏 名　　(被保険者との続柄:　　)

電 話

被保険者（届出人）の確認	運転免許証、マイナンバーカード、障害者手帳、パスポート、在留カード その他（　　）			
広域システム 入力（　／　）	e-suite 入力（　／　）	台帳記入 （　／　）	備考	
			入力者	確認者