

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、資格確認書、パスポート、在留カード、年金手帳、年金証書 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