

郵便物送付先変更届

届出日 令和 年 月 日

① 届出者	住所	〒
	氏名	フリガナ
	電話番号	() -
② 被保険者	住所	電話番号 () -
	氏名	
	生年月日	明・大・昭 年 月 日
<p>私は、下記の郵便物の送付先変更を届出します。</p> <ol style="list-style-type: none">後期高齢者医療保険の資格に関するもの（資格確認書など）後期高齢者医療保険料の賦課に関するもの（納付書など）後期高齢者医療保険料の収納に関するもの後期高齢者医療保険の給付に関するもの後期高齢者医療保険のすべてのもの変更先の解除		
③ 変更先	住所	<input type="checkbox"/> ①の届出者の住所と同じ 〒
	氏名	フリガナ
	電話番号	() -

※ 届出者の身分証明書の提示をお願いします。

※ 被保険者本人または同一世帯の方以外の方が
される場合は、委任状が必要です。

被保険者番号	
宛名番号	