

後期高齢者医療に係る送付先変更申出書

保険者番号	3 9 0 4	被保険者氏名			
被保険者番号		生年月日	☐ 明治 ☐ 大正 ☐ 昭和	年	月 日

申 出 者	下記のとおり、送付先の変更を申し出ます。 なお、この送付先変更に関する事項は、被保険者（又はその関係者）並びに送付先人に説明済みであり、生じた問題に対する責任は、申出者である私が負うことに同意します。				
	令和 年 月 日 宮城県後期高齢者医療広域連合長 様				
	フリガナ				
	氏 名	(印)			
	住 所	〒 —			
(アパート・マンション名及び部屋番号)					
		連絡先	☎	— —	

※本人・後見人・同居の家族以外の方が申出者の場合は委任欄に委任者が記入・押印するか、別途委任状が必要です。

委 任 欄	私は送付先変更に係る申出を上の方に委任します。 令和 年 月 日				
	【住所】		【被保険者氏名】		
	(印)				

※委任欄・委任状を提出できない場合、該当箇所に☑をつけ、その他の場合は具体的に理由を記載ください。

- ☐ 本人の判断力低下
☐ その他

※該当箇所に☑をつけてください

登録区分	☐ 新規登録 ☐ 変更登録 ☐ 登録の解除				
送付先を 変更する帳票	☐ 資格管理帳票 (被保険者証、減額認定証等)		☐ 賦課管理帳票 (賦課決定通知書等)		
	☐ 収納管理帳票 (納入通知書等)		☐ 給付管理帳票 (支給決定通知、医療費通知等)		
変更期間	令和 年 月 日 ～ 令和 年 月 日 ※期間が決まっていない場合は開始日のみをご記入下さい 解除の場合は終了日のみをご記入ください				
「(申出者と記入) 送付先 と記入 場合は	フリガナ				被保険者 との続柄
	氏 名				
	住 所	〒 —			
	連絡先	☎ — —			
(アパート・マンション名及び部屋番号)					

送付先を変更する 主な理由	☐ 入院 ☐ 施設 入所 ☐ 長期 滞在 ☐ 判断力 の低下 ☐ その他()
------------------	--

※解除の場合は今までの送付先を記入してください。

※上記の送付先を変更する場合は再度「後期高齢者医療に係る送付先変更申出書」の提出が必要となります。

※成年後見人がお申出の際は、決定書（写），または登記事項証明（写）を添付してください。