後期高齢者医療被保険者証等の送付先変更届出書
（　新規　・　変更　・　廃止　）

被保険者番号								

被保険者本人	ふりがな		生年月日	明・大・昭 ・　・	性別	男・女
	氏　名					
	住　所					
送付先	ふりがな		日中の連絡先電話番号			
	氏　名 （あて名）					
	住　所	〒 方				
送付先変更の理由 （具体的にご記入ください）		□死亡のため　□施設入所のため　□書類管理ができないため □その他（　　）				
対象書類		□資格管理帳票（被保険者証、基準収入額適用申請のお知らせ等） □賦課管理帳票（保険料額決定通知書、簡易申告書等） □収納管理帳票（納入通知書、納付書、督促状等） □給付管理帳票（高額医療費申請書、支給決定通知等） □その他				
対象期間		年　月　日　～　年　月　日				

三浦市長　殿

（届出日）

上記のとおり届出いたします。　　年　月　日

（届出人）　氏　名＿＿＿＿＿＿＿＿　被保険者との続柄＿＿＿＿＿＿＿＿

住　所＿＿＿＿＿＿＿＿　日中の連絡先電話番号＿＿＿＿＿＿＿＿

※注意　送付先の変更については、神奈川県内での住所変更の場合は登録事項を引き継ぎます。被保険者の方や送付先の方が別の住所に転居等をした場合や送付先変更が不要になった場合等は、再度届出が必要となりますので、ご注意ください。

届出人の確認書類(郵送時は写し添付)	□免許証　□旅券　□国保証　□介護証　□その他（　　）
備考	収受印