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

被保険者との続柄
本人・その他（　　）
※申出できる人は、本人・家族・成年後見人などです。

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者に委任します。　　令和　　年　　月　　日

【住所】　　**【被保険者氏名】**

※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		
送付先（申出者と同じ場合は「同上」と記入） フリガナ		被保険者との続柄	
氏　名			
住　所	〒　　— （アパート・マンション名及び部屋番号）		
連絡先	☎　　—　　—		

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。
※委任者が記入が困難な場合は、記名したものに委任者が押印をした委任状を添付してください。
※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。

様式 R3.4月～	市区町村確認欄	送付先	□送付先登録（窓口端末）	□送付先登録（市町村住基端末）	メモ	