



後期高齢者医療関係書類 送付先変更届
兼 福祉医療関係書類 送付先変更届

(変更 ・ 取下げ)

生駒市長 あて

令和 年 月 日

被 保 険 者	氏 名				被保険者番号	
	生年月日	大・昭	年	月	日	

送 付 先	住 所	〒 _____ (_____ 様方)				
	宛 名	フリガナ				
		被保険者 1. ご本人 2. _____ (被保険者以外)				
電話番号						

送付先を変更する書類

- ・資格確認書など資格関係書類
- ・医療費通知など給付関係書類(後期高齢・福祉医療)
- ・保険料の納付関係書類
- ・簡易申告書など保険料の賦課関係書類

上記のとおり **変更申請します。** 取下げの届けを提出するまでは上記へ送付願います。
また、受領した書類は、被保険者本人の療養の給付・保険料の納付手続きにのみ使用し、その他の目的で使用しないことを誓約します。

取下げ申請します。

申請者 (誓約者)	〒	住所
		フリガナ
受付印		氏 名
		生年月日 昭・平 年 月 日
		電話番号

続 柄 _____

※ 申請者の方の本人確認ができるもの
(運転免許証の写し等)を添えて、
申請してください。

広	J	福