



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	昭 明・大 年 月 日		

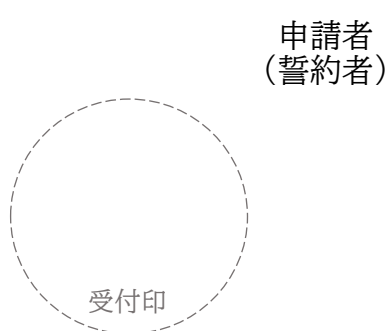
送 付 先	住 所	〒 (様方)	
	宛 名	フリガナ	
		被保険者 1. ご本人 2. (被保険者以外) -----	
電話番号			

送付先を変更する書類 (○をつけてください)

- | | |
|-----------------------|----------------------------------|
| 1 . 被保険者証など資格関係書類 | 4 . 医療費通知など給付関係書類
(後期高齢・福祉医療) |
| 2 . 保険料の納付関係書類 | |
| 3 . 簡易申告書など保険料の賦課関係書類 | 5 . 1 ~ 4 の書類 |

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 _____

氏 名 _____

昭

生年月日 明・大 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