

後期高齢者医療に関する送付物の送付先変更(解除)依頼書

被保険者番号								
被保険者氏名							電話番号	()
住 所								

依頼の内容	<input type="checkbox"/> 送付先変更	<input type="checkbox"/> 送付先変更の解除
-------	--------------------------------	-----------------------------------

(『依頼理由』をチェックし、ご記入ください。)

依頼理由	<input type="checkbox"/> 被保険者自身で郵便物を管理することが困難なため（親戚等に送る場合） <input type="checkbox"/> 病院や施設へ長期に入院・入所しているため（病院や施設に送る場合） <input type="checkbox"/> 一時的に居所を移しているため ※居所を移した理由を以下にご記入ください 〔具体的に _____〕 <input type="checkbox"/> その他 〔具体的に _____〕		
送付先変更 (開始・解除) 日	令和 年 月 日		
送付先 (解除の場合は記載不要)	〒 - _____ _____ 電話番号 ()		
フリガナ			
送付先宛名 (解除の場合は記載不要)	被保険者との関係 〔 〕		

東京都後期高齢者医療広域連合長
豊島区長

令和 年 月 日

後期高齢者医療に関する送付物の送付先について、裏面の記載に同意の上、上記のとおり変更(解除)を依頼します。

依頼者 氏 名 _____

住 所 _____

電話番号 _____ () 被保険者との関係 ()

【処 理 欄】

	確認者	入力者	受付者	受 付 印	
共通	広域	MCWEL	Excel		

後期高齢者医療に関する送付物（通知等）の送付先変更を希望される方へ

豊島区後期高齢者医療の被保険者様宛ての通知等を、住民登録地等以外へ送付希望される場合は、以下の事項をご確認の上、「後期高齢者医療に関する送付物の送付先変更(解除)依頼書」（以下、「依頼書」）をご提出ください。

(1) 申請により送付先が変更となるのは、豊島区後期高齢者医療に関する郵便物のみです。

(2) 送付先登録・解除に必要な書類は以下の通りです。

【登録の場合】

- ① 依頼書
- ② 送付先（依頼者）となる方の本人確認ができるもの
（写真付きのものなら1点、写真が無いものは2点）
- ③ 被保険者の本人確認ができるもの（写真有り・無し問わず1点）
または委任状
（ただし②と同一なら不要）

1点で確認できるもの...マイナンバーカード、運転免許証、運転経歴証明書、パスポート等

2点で確認できるもの...保険証（後期高齢者医療・介護）、年金手帳、官公庁からの通知等

窓口申請の際は本人確認書類の原本を窓口でご提示ください。

郵送申請の際は依頼書と合わせて、本人確認書類のコピーをお送りください。

【解除の場合】

依頼書のみお送りください。

(3) 送付先として登録できるのは、以下①～④の方です。

- ① 被保険者本人の親族
- ② 被保険者の任意後見人
（任意後見監督人選任前の場合は、登記事項証明書をご提示ください。）
※成年後見人、保佐人、補助人、任意後見監督人選任後の任意後見人の方は、
別様式の「後見人等 送付先住所登録届」をご提出ください。
- ③ 被保険者の一時滞在先
- ④ 入院先等の医療機関
（注）送付先として登録される方と異なる方が依頼書を提出する場合は、
区から送付先の方へ確認のご連絡をさせていただくことがあります。

なお、送付先の変更・解除依頼については、
被保険者本人もしくは、送付先として登録された方（依頼者）からのみ受け付けます。
送付先の変更や解除が必要となった場合は、速やかに依頼書をご提出ください。
提出から反映までに数日いただきますため、その間に前住所に送付してしまう場合がございます。
ご了承ください。

(4) 登録した送付先へ発送した郵便物が届かない場合で依頼書提出者に連絡がつかないときや、その他この申請に疑義があることが明らかになった場合等は、送付先変更を取り消すことがあります。

(5) 本申請により送付先を変更したことが原因で起こったご本人・親族間等での紛争等は、当事者間の責任により解決いただくようお願いいたします。