

受付年月日

後期高齢者医療被保険者証等 送付先(変更・廃止)申請書 兼 誓約書

※変更・廃止どちらかに○をしてください

年 月 日

大阪府後期高齢者医療広域連合長 宛

申請者

住所

氏名

電話番号 ( - - )

被保険者との関係 成年後見人・その他( )

次の者の後期高齢者医療被保険者証等(「資格」に係る文書)の送付先を変更すること、または現在適用されている変更された送付先を廃止し元の被保険者証記載住所へ戻すことを、次のとおり申請します。

なお、変更申請の場合にあつて、成年後見人等の解任等により、送付先に異動が生じたり、送付先変更が必要でなくなった場合は、速やかに広域連合へ届出を行います。

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)並びに送付先に説明済みであり、生じた問題に関する責任は、私が負うことに同意し、受け取った後期高齢者医療被保険者証等について、適正に管理することを誓約します。

1.送付先変更(または廃止)を申請する被保険者

(1)保険者番号・被保険者番号 .....

(2)被保険者住所 .....

電話番号 ( - - )

(3)被保険者氏名 .....

生年月日 年 月 日

2.送付先とする(としていた)住所

〒 - .....

電話番号 ( - - )

3.送付先変更(または廃止)理由

4.送付先変更を希望する期間(廃止申請にあつては「至」側に適用廃止日を記入)

自 年 月 日 ~ 至 年 月 日

【ご注意】宛名は原則被保険者名です。成年後見人の場合は、成年後見人に変更可能。

以下市区町村記入欄

申請者確認

運転免許証 パスポート 住基カード 個人番号カード その他( )

被保険者の送付先変更意思確認(申請者が親族等の場合)

委任状 電話確認 意思確認不能(客観的根拠: )

申請者が成年後見人、保佐人・補助人の場合の添付資料

登記事項証明書

保佐人・補助人申請の場合は、病状等の進行により事理弁識能力が失われた旨記載の書面