

年 月 日

松戸市国保年金課
後期高齢者医療班 宛

住 所 _____
申請者 氏 名 _____
電話番号 _____ (_____) _____
被保険者との関係 _____

後期高齢者医療被保険者証等送付先変更願

当該被保険者に対する後期高齢者医療被保険者証については、下記の事由により居住地での受取りが困難であるため、送付先を変更するよう依頼します。

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）並びに送付先に説明済みであり、生じた問題に対する責任は、申請者である私が負うことに同意します。

被 保 険 者	被保険者番号	
	住所	
	氏名 (カナ)	()
	生年月日	M ・ T ・ S 年 月 日
転 送 先	住所	〒 -
	氏名	
	電話番号	()
	被保険者との関係	本人・親族 ()・成年後見人・その他
送付先変更の理由		
送付先変更期間		永年 ・ 令和 年 月まで
備考		