

被保険者番号	01234567		
フリガナ	ハコダテ	ハナコ	
被保険者氏名	函館 花子		
生年月日	明治・大正・昭和	△	年 △ 月 △ 日
住民票上の住所	函館市 東雲 町 4番 13号		
送付先住所	<input type="checkbox"/> 送付先変更の解除 〒 △△△-△△△△ 〇〇県〇〇市〇〇町△△番△-△△△号		
方書	〇〇マンション 北海道子方		
連絡先電話番号	① △△△-△△△-△△△	②	△△△△-△△-△△△△
届出理由	<input type="checkbox"/> 入院の為 <input type="checkbox"/> 施設入所の為 <input checked="" type="checkbox"/> 成年後見人が受け取る <input type="checkbox"/> 本人死亡(単身世帯等) <input type="checkbox"/> その他(具体的に記入してください)		

上記のとおり、送付先の変更について届出します。  
なお、この送付先変更に関する届出は、被保険者(または関係者)ならびに送付先に説明済みです。

(宛先) 北海道後期高齢者医療広域連合長  
函館市長

令和 年 月 日

### 変更 記入例 (後見人の場合)

届出者(記入者) 住所 〇〇県〇〇市〇〇町△△番△-△△△号  
氏名 北海道子 北  
被保険者との続柄 成年後見人  
電話番号 △△△-△△-△△△△

#### ※職員記入欄

届出者の本人確認	特記事項	受付印	受付者
<input type="checkbox"/> 後期被保険者証 <input type="checkbox"/> 健康保険証 <input type="checkbox"/> 住基カード <input type="checkbox"/> 身分証明書 <input type="checkbox"/> 介護保険証 <input type="checkbox"/> その他 <input type="checkbox"/> 運転免許証 ( )			
届出者が被保険者ではない場合の 委任の確認方法	<input type="checkbox"/> 後期被保証持参 <input type="checkbox"/> 委任状 <input type="checkbox"/> 成年後見登記事項証明書等		

宛名番号										※右詰め	重度医療	有・無
------	--	--	--	--	--	--	--	--	--	------	------	-----

後期 端末	<input type="checkbox"/> 追加 <input type="checkbox"/> 修正 <input type="checkbox"/> 適用終了	入力者	確認者	住 基 端 末	<input type="checkbox"/> 登録 <input type="checkbox"/> 変更 <input type="checkbox"/> 削除	入力者	確認者
	入力日				入力日		