

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 1 3 号		
送 付 先 住 所	☐ 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 函 館 太 郎 方		
連絡先電話番号	① △△△-△△△-△△△	② △△△△-△△-△△△△	
届 出 理 由	☒ 入院の為 ☐ 施設入所の為 ☐ 成年後見人が受け取る ☐ 本人死亡（単身世帯等） ☐ 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 （本人の場合）

届 出 者
（記入者）

住 所 函 館 市 東 雲 町 4 番 1 3 号
氏 名 函 館 花 子
被保険者との続柄 本 人
電 話 番 号 0 1 3 8 - △ △ - △ △ △ △

※職員記入欄

届出者の本人確認		特記事項	受付印	受付者
☐ 後期被保険者証 ☐ 資格確認書 ☐ 介護保険証 ☐ 運転免許証	☐ 健康保険証 ☐ 身分証明書 ☐ その他 ()			
届出者が被保険者ではない場合の 委任の確認方法		☐ 後期被保証持参 (または資格確認書)	☐ 委任状	☐ 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	☐ 追加 ☐ 修正 ☐ 適用終了	入力者	確認者	住 基 端 末	☐ 登録 ☐ 変更 ☐ 削除	入力者	確認者
	入力日				入力日		