

後期高齢者医療送付先（変更・廃止）申請書 兼 誓約書

※変更・廃止のいずれかに○をしてください。

申請者氏名		本人との関係	
申請者住所		連絡先電話番号	

被 保 険 者	被保険者番号		個人番号	
	フリガナ			
	氏 名			
	生 年 月 日	明治・大正・昭和 年 月 日		
	住 所	〒 ー 電話番号（ ） ー		
郵 送 を 希 望 す る 送 付 先	フリガナ			
	氏 名			
	住 所	〒 ー 電話番号（ ） ー		
申 請 理 由				

（宛先）石川県後期高齢者医療広域連合長

上記の理由により、後期高齢者医療関係書類の送付先を変更すること、または現在適用されている送付先を廃止することを申請します。

なお、変更申請の場合にあって、成年後見人等の解任等により、送付先に異動が生じた場合や、送付先の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、広域連合及び関係市町にご迷惑をかけることなく、受け取った後期高齢者医療関係書類について、適正に管理することを誓約します。

年 月 日

※市町確認欄

代理権の確認	身元確認（本人又は代理人）		番号確認	備考
☐ 本人の資格確認書等 ☐ 委任状 ☐ 登記事項証明書 ☐ システム(同一世帯確認) ☐ その他（	1点 ☐ 個人番号カード ☐ 障害者手帳 ☐ その他（	☐ 運転免許証 ☐ プレ印字書類 ☐ 年金手帳 ☐ その他（	☐ 個人番号カード ☐ 通知カード ☐ システム ☐ その他 （	
	2点 ☐ 資格確認書 ☐ その他（			