

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。

令和 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
<input type="checkbox"/> 本人の資格確認書等	1点	<input type="checkbox"/> 個人番号カード	<input type="checkbox"/> 運転免許証	
<input type="checkbox"/> 委任状		<input type="checkbox"/> 障害者手帳	<input type="checkbox"/> プレ印字書類	
<input type="checkbox"/> 登記事項証明書		<input type="checkbox"/> その他（ ）		
<input type="checkbox"/> システム（同一世帯確認）	2点	<input type="checkbox"/> 資格確認書	<input type="checkbox"/> 年金手帳	<input type="checkbox"/> システム <input type="checkbox"/> その他
<input type="checkbox"/> その他（ ）		<input type="checkbox"/> その他（ ）		