

後期高齢者医療被保険者関係通知等送付先変更届

日

岩手県後期高齢者医療広域連合長 様
(盛岡市長 宛)

**本人（被保険者）の被保険者番号
と氏名を記入してください。**

次の被保険者に係る関係通知等の送付先を変更したいので届けます。

被保険者番号	0	1	2	3	4	5	6	7	被保険者氏名	盛岡太郎
--------	----------	----------	----------	----------	----------	----------	----------	----------	--------	-------------

変更送付先住所	〒020-8530 岩手県盛岡市内丸12番2号		
フリガナ	イワテ イチロウ		
変更送付先氏名 (届出者)	岩手 一郎		
被保険者との関係	長男		
連絡先電話番号	(019) 613 - 8439		
送付関係通知等	一式 (通知の種類ごとの指定はできません)		
変更する理由	本人の書類の管理が困難なため		
送付先変更開始日	令和2年4月1日		
届出者本人確認	マイナンバーカード	健康保険証	運転免許証
	その他 ()		

※届出者以外への送付はできません。

送付先を施設等にする場合は、本人が施設に入所していることが分かる書類（契約書等）の写しの添付をお願いいたします。

(処理欄)

登 録	システム名	登			
	標準システム	令和	年	月	日
	ライフパートナー/K	令和	年	月	日