

後期高齢者医療被保険者関係通知等送付先変更届

令和 年 月 日

岩手県後期高齢者医療広域連合長 様
(盛岡市長 宛)

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出ます。

被保険者番号								
被保険者	氏名							
	生年月日	年 月 日						
	住所							

変更送付先住所 (※)	〒		
フリガナ			
変更送付先氏名 (※)			
被保険者との関係			
連絡先電話番号	()		
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			
送付先変更開始日	令和 年 月 日		
届出者本人確認	☐ 運転免許証 ☐ マイナンバーカード ☐ その他 ()		

※ 変更送付先氏名、変更送付先住所を確認できる本人確認書類（運転免許証、マイナンバーカード等）の写しを添付願います。

(処理欄)

登録	システム名	登録年月日		入力	チェック
	標準システム	令和	年 月 日		
	ADWORLD	令和	年 月 日		
確認	被保険者情報	チェック	送付先情報	チェック	

窓口受付： _____