市　町　名	津　市
市町個人番号	
被保険者番号	

後期高齢者医療の送付先変更申請書

・<u>届出者様</u>の本人確認書類（マイナンバーカード・運転免許証等）のコピーを添付してください。

（フリガナ） 届 出 者 名		本人との関係	
住　　所	〒		
連絡先電話番号			

被保険者番号 （不明な場合は記載不要）								
被保険者	（フリガナ） 氏　名							
	生年月日	明治・大正・昭和　　年　　月　　日						
	住　所	三重県						
変 更 理 由		□ 一時的に住民登録地と異なる住所に居住しており通知が届かないため □ 本人死亡のため □ その他（　　）						
変 更 期 間		□ 市受付日から □ 日付指定　　年　　月　　日から						再度送付先が変更になる時は、 改めて当該申請書の提出が必要です。
送付先住所		□届出者住所と同じ 〒 （　　様方）						

（あて先）
三重県後期高齢者医療広域連合長

上記のとおり、後期高齢者医療に関する通知等の送付先の変更を申請します。
なお、この内容に変更のあった時は速やかに届出します。

年　月　日

受　付	届出人の本人 確認方法	入力	広域事務処理欄
	マイナンバーカード 運転免許証 その他（　　）	MC 標準	

市町受付印