記　入　例

受付年月日

後期高齢者医療被保険者証等　送付先（変更・廃止）申請書 兼 誓約書

※変更・廃止どちらかに〇をしてください

記入日→ 令和　　年　　月　　日

（あて先）
大阪府後期高齢者医療広域連合長　様

原則本人か成年後見人です。本人が入院中等で申請できない時は、送付先住所の居住者が申請者となり、委任状も添付してください。本人が認知症等で委任状を記入できない時は「委任状が提出できない理由書」等を添付してください。

申請者
住 所　枚方市大垣内町2丁目1番20号
氏 名　後期　太郎
電話番号　（　072-841-1221　）
被保険者との関係　本人・成年後見人・その他（　）

次の者の後期高齢者医療被保険者証等(「資格・通知書等」に関係する文書)の送付先を変更すること、または現在適用されている変更された送付先を廃止し元の被保険者証記載住所へ戻すことを、次のとおり申請します。

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り、送付先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、受け取った後期高齢者医療被保険者証等について、適正に管理することを誓約します。

記

1.送付先変更（または廃止）を申請する被保険者

（1）保険者番号・被保険者番号　39272109・[redacted]

（2）被保険者住所　枚方市大垣内町2丁目1番20号

電話番号　（　072　-　841　-　1221　）

（3）被保険者氏名　後期　太郎

生年月日　1945年（明・大・昭　20年）　8月　1日

被保険者証の上部にある8ケタの数字です。

送り先を変更してほしい被保険者について、記入してください。

2.送付先とする（としていた）住所

〒　573 －●●●●　枚方市●町●番●号

方 書　枚方　花子　　様方

電話番号　（　072　-　●●●　-　●●●●　）

送付先住所を確認できるもの（郵便物の宛名の写しや施設ならパンフレットの住所の写し等）添付してください。

住民登録地以外の送付先を記入してください。

3.送付先変更（または廃止）理由

しばらく入院するため

4.送付先変更を希望する期間（廃止申請にあっては「至」側に適用廃止日を記入）

自　令和　●年　●月　●日　～　至　令和　●年　●月　●日

期間を指定してください。
「至　」が空白の場合は、廃止申請がない限り継続しますので、ご注意ください。

〔添付または提示いただく書類等〕

〇申請者の本人確認資料（マイナンバーカード・運転免許証・パスポート・住
〇被保険者の送付先変更意思確認資料（委任状、委任状が提出できない理
〇送付先住所確認資料（被保険者が入所している福祉施設等の住所がわかる書類）
〇成年後見人宛に送付先を変更する場合、登記事項証明書（法務局交付）
〇保佐人、補助人申請の場合は、病状等の進行により事理弁識能力が失われた旨の書面

郵送の場合も、添付いただく書類（写し）を同封してください。

【ご注意】宛名は原則、被保険者名です。成年後見人の場合は、成年後見

【処理欄】以下は記入しないでください。

標準・入力	チェック	LP・入力	チェック
/　/	/　/	/　/	/　/
宛		宛	