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

令和　　年　　月　　日

（あて先）
大阪府後期高齢者医療広域連合長　様

申請者　住 所

氏 名

電話番号　（　　-　　-

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。

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・

（2）被保険者住所

電話番号　（　　-　　-　　）

（3）被保険者氏名

生年月日：　　年（明・大・昭　　年）　　月　　日

2.送付先とする（としていた）住所

〒　　－

方 書　　様方

電話番号　（　　-　　-　　）

3.送付先変更（または廃止）理由

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

【ご注意】宛名は原則、被保険者名です。成年後見人の場合は、成年後見人に変更可能。

〔添付書類等〕

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・住基カード等）
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由書等）
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

【処理欄】以下は記入しないでください。

↓原本チェック欄

	申請者等の身分証明書<マ・免許・パ・住・その他>		郵送戻りあり	標準・入力	標準・チェック	LP・入力	LP・チェック
	被保険者意思確認（申請者＝親族等）＜委・電・理＞		再送済み	／	／	／	／
	送付先住所確認資料<パンフ、郵便物等＞		取り置きあり	宛		宛	
	登記事項証明書（成年後見人）・公正証書（任意後見人）		手渡し済み				
	事理弁識能力喪失記載の書面（保佐人・補助人）						