

受付

確 認	課長	係長	係員

京都府後期高齢者医療広域連合長 様

申請日	令和 年 月 日
申請者氏名	フリガナ 被保険者との関係
申請者連絡先	〒 ー 電話番号 ()
以下のとおり後期高齢者医療の郵便物の送付先設定（解除）を申請します。 今後、送付先住所を設定する理由がなくなったときは、直ちに設定解除の届出をします。 また、送付先の設定が予告なく解除されることがあることについて了承します。 送付先住所の設定により生じた事故等については、貴連合に一切の負担をかけないことを了承します。	

被保険者番号	
被保険者氏名	
被保険者住所	〒 ー 電話番号 ()
送付先	☐ 申請者連絡先と同じ 〒 ー 電話番号 ()
申請理由	被保険者が ☐ 成年後見制度を受けているため ☐ 死亡のため ☐ 郵便物等の管理ができないため ☐ 入院中のため ☐ その他（以下に具体的な理由をご記入ください）
☐ 送付先設定の解除を希望する	

委任状 有・無

申立書 有・無