

# 後期高齢者医療制度 送付先変更届 (新規・変更・廃止)

当該被保険者に対する後期高齢者医療制度に関する書類の送付について、下記の事由により送付先を変更するよう依頼します。

なお、この送付先変更に関する事項は、被保険者(被保険者死亡の場合は相続人)又はその関係者に説明済みであり、生じた問題に対する責任は、申請者である私が負うことに同意します。

記

|   |  |   |  |  |  |  |
|---|--|---|--|--|--|--|
| <b>1. 送付先<br/>(申請者)</b><br><br>※廃止の場合、<br>(6)・<br>(7)のみ記入 | (1)郵便番号                                      | -   |  |  |  |  |
|   | (2)住所  |   |  |  |  |  |
|   | (3)フリガナ<br>氏名                                |   |  |  |  |  |
|   | (4)電話番号                                      |   |  |  |  |  |
|   | (5)続柄<br>(被保険者との関係)                          |   |  |  |  |  |
|   | (6)届出理由                                      | <input type="checkbox"/> 施設への入所 <input type="checkbox"/> 本人の管理が困難なため<br><input type="checkbox"/> 入院のため <input type="checkbox"/> 成年後見人・保佐人等の選任<br><input type="checkbox"/> 本人死亡のため <input type="checkbox"/> 廃止 (理由: _____ )<br><input type="checkbox"/> その他 ( _____ )    |  |  |  |  |
|   | (7)送付先<br>となる方の<br>身分証明書<br>(いずれかの<br>写しを添付) | <input type="checkbox"/> マイナンバーカード <input type="checkbox"/> 運転免許証<br><input type="checkbox"/> 旅券(パスポート) <input type="checkbox"/> 身体障害者手帳<br><input type="checkbox"/> その他 ( _____ )※その他については要確認<br><hr/> <input type="checkbox"/> 登記事項証明書等 (成年後見制度の対象者は、上記に加えてこちらの写しが必要) |  |  |  |  |

- ※ 変更後に上記の送付先を止める場合や変更する場合には必ずお申し出ください。
- ※ 廃止の場合は、被保険者または申請を届け出る方の身分証明書の(写し)を添付してください。
- ※ 介護保険に係る送付先変更は、高齢者支援課(047-445-1380)へ申請が必要です。

令和      年      月      日

|                |        |   |  |  |  |
|----------------|--------|---|--|--|--|
| <b>2. 被保険者</b> | 被保険者番号 |   |  |  |  |
|                | 住所     | 〒 |  |  |  |
|                | 氏名     |   |  |  |  |
|                | 生年月日   |   |  |  |  |

※ 2. 被保険者の記載内容については、資格確認書などをご確認ください。