

介護保険および後期高齢者医療制度 送付先変更届

市川市長 あて
千葉県後期高齢者医療広域連合長 あて

当該被保険者に対する介護保険および後期高齢者医療に関する書類及び被保険者証等については、下記の事由により居住地での受け取りが困難であるため、送付先の変更を依頼します。

なお、この送付先変更に関する事項は、被保険者（またはその関係者）並びに送付先に説明済みであり、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。

		申請日	令和 年 月 日																
申請者	住所	〒																	
	フリガナ		生年月日	明治・大正・昭和・平成															
	氏名			年	月	日													
	電話番号		被保険者との関係																
被保険者	住所	〒																	
	フリガナ		生年月日	明治・大正・昭和															
	氏名			年	月	日													
	被保険者番号	(介護保険)	0	0	0	0													
	(後期高齢者医療)																		
変更理由	<input type="checkbox"/> ①施設入居・入院のため（施設などの名称： _____） <input type="checkbox"/> ②本人による書類管理が困難なため <input type="checkbox"/> ③成年後見人等に選任されたため <input type="checkbox"/> ④送付先変更の必要がなくなったため（設定の解除） <input type="checkbox"/> ⑤被保険者が死亡したため <input type="checkbox"/> ⑥その他（具体的に記入ください： _____）																		
変更する書類	<input type="checkbox"/> 介護保険関係すべて <input type="checkbox"/> 後期高齢者医療関係すべて <input type="checkbox"/> 後期高齢者医療一部（ <input type="checkbox"/> 保険証関係／ <input type="checkbox"/> 給付関係／ <input type="checkbox"/> 保険料関係）																		
変更後の送付先	<input type="checkbox"/> 申請者と同じ <input type="checkbox"/> 被保険者と同じ（該当する場合は、 <input checked="" type="checkbox"/> をしてください。） ※原則介護福祉課では送付先の宛名は被保険者本人になります。特に本人名をいれてはいけない場合には、理由を記載してください。（理由： _____）																		
	住所	〒															様方		
	フリガナ		生年月日	明治・大正・昭和・平成															
	氏名			年	月	日													
電話番号		被保険者との関係																	
当初受付	変更内容																		
後・介	住所・宛名	後期 担当欄	標準			MC													各課受渡
介護担当欄		受付 本人確認書類 申請者 <input type="checkbox"/> 被保険者 <input type="checkbox"/> 入力															賦課徴収		