

記入例

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	〒 272-8501 千葉県市川市八幡1丁目1番1号			
	フリガナ	イチカワ タロウ		生年月日	明治・大正・昭和・平成 46年 3月 21日
	氏名	市川 太郎			
	電話番号	047-334-1111		被保険者との関係	長男
被保険者	住所	〒 272-0033 千葉県市川市市川南1丁目1番1号			
	フリガナ	イチカワ ハナコ		生年月日	明治・大正・昭和・平成 15年 8月 7日
	氏名	市川 花子			
	被保険者番号	(介護保険)	0000	123456	
	(後期高齢者医療)	12345678			
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 checked="" 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（具体的にご記入ください）				
変更する書類	<input checked="" 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	〒 272-0033 千葉県市川市末広 1丁目1番31号 行徳 梅子 様方			
	フリガナ	イチカワ ハナコ		生年月日	明治・大正・昭和・平成 50年 1月 7日
	氏名	市川 花子			
電話番号	047-359-1111		被保険者との関係	長女	
当初受付	変更内容	後期 担当欄	標準	MC	各課受渡
以下は、	住所・宛名				
職員担当欄	処置欄のため、記入不要				賦課徴収

申請者は本人、親族、相続人、成年後見人・保佐人・補助人に限ります。

それぞれの保険証に記載されている番号をご記入ください。

該当する項目にチェックしてください。
変更理由により、添付していただく書類が異なります。別紙、「送付先変更届の申請に必要な添付書類及びご案内」をご確認ください。

該当する項目にチェックを入れてください。

※申請者もしくは被保険者と同じ場合は、変更後の送付先は記入不要です。
※原則、病院は不可事情がある場合には、各課に相談してください。

申請者及び送付先欄には、日中にご連絡がつくお電話番号をご記入ください。