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 年　月　日
	氏　名			
	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 年　月　日
	氏　名			
	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	□①施設入居・入院のため（施設などの名称：　　） □②本人による書類管理が困難なため □③成年後見人等に選任されたため □④送付先変更の必要がなくなったため（設定の解除） □⑤被保険者が死亡したため □⑥その他（具体的にご記入ください：　　）			
変更する書類	□介護保険関係すべて　□後期高齢者医療関係すべて □後期高齢者医療一部（□資格確認書関係／□給付関係／□保険料関係）			
変更後の送付先	□申請者と同じ　□被保険者と同じ（該当する場合は、☑をしてください。）			
	※原則介護保険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 年　月　日
	氏　名			
	電話番号		被保険者との関係	

当初受付	変更内容	後期担当欄	標準		MC		各課受渡	
後・介	住所・宛名							

介護担当欄	受付　本人確認書類　申請者 □　被保険者 □	入力	賦課徴収