後期高齢者医療　送付先（ 変更・変更解除 ）申請書

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 被保険者番号 |  |  |  |  |  |  |  |  | 生年月日 | 明治・大正・昭和　　　年 　　月 　　日 |
| 被保険者氏名 |  |
| 現住所 | 〒　　　－ |

|  |  |
| --- | --- |
| 送付先住所方書(ﾏﾝｼｮﾝ名等) | * 送付先変更を解除し、現住所に戻す。

〒　　　－ |
| フリガナ |  | 被保険者との続柄 |  |
| 郵便物受取人 |  |
| 連絡先電話番号 | 自宅・携帯・職場　（　　　　　　）　　　　　－ |
| 申請理由 | □ 施設入所中のため□ 入院中のため□ 成年後見人を受取人とするため（証明書添付）□ 受取人が書類の管理をしているため□ 死亡のため□ 他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） |
| 他の送付先 | □ 福祉医療（後期高齢者福祉医療）に関すること　　　　□ 介護保険に関すること |

愛知県後期高齢者医療広域連合長　様

犬山市長　様

上記のとおり送付先の変更を申請します。

送付先変更を申請するにあたり、以下のことを誓約します。

・申請内容に変更が生じた場合、すみやかに届出をします。

・送付先変更後の住所に郵便物が届かなくなった、又は連絡がとれなくなった場合は、後期高齢者医療に関することは広域連合が、他の送付先に関することは犬山市長が適宜、送付先変更を解除することを了承します。

・この申請に関するすべての責は申請者により負います。

令和　　　年　　　月　　　日

 □ 被保険者現住所と同じ　　　□ 送付先住所と同じ

申請者　 住　所　〒

　　　　　氏　名　　　　　　　　　　　　　続柄： 本人 ・ 配偶者 ・ 子 ・他（　　　　　）

　　　　　電　話（　　　　）　　　　－

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| ※処理欄 | 申請者確　認 | 個人番号カード・運転免許証・パスポート・在留カード・特別永住者証明書・身体障害者手帳・その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） |
| 健康保険被保険者証・年金手帳・年金証書・介護保険被保険者証・生活保護受給証明書・社員証・雇用保険受給資格者証・キャッシュカード・預金通帳・クレジットカード・その他（　　 　　　　　　　　　） |
| 受　付担当者 |  | 変更 ・ 変更解除（月 / 日 実施者） | 【住基】（入力）　　/　　　 　　（ﾁｪｯｸ）　　/ |
| 【標準】（入力）　　/　　　　 　（ﾁｪｯｸ）　　/ |
| 【 他 】（入力）　　/　　　　 　（ﾁｪｯｸ）　　/ |