

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)	<input type="checkbox"/> 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	<input type="checkbox"/> 施設入所中のため <input type="checkbox"/> 入院中のため <input type="checkbox"/> 成年後見人を受取人とするため（証明書添付） <input type="checkbox"/> 受取人が書類の管理をしているため <input type="checkbox"/> 死亡のため <input type="checkbox"/> 他 ()		
他の送付先	<input type="checkbox"/> 福祉医療（後期高齢者福祉医療）に関すること <input type="checkbox"/> 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) /					

後期高齢者医療 送付先 (変更・変更解除) 申請書

記入例

被保険者番号	0 1 2 3 4 5 6 7	生年月日	明治・大正・昭和 00年 ΔΔ月 00日
被保険者氏名	犬山 太郎		
現住所	〒 484 - 0000 犬山市大字犬山字00ΔΔ		

送付先住所 方書(マンション名等)	<input type="checkbox"/> 送付先変更を解除し、現住所に戻す。 〒 000 - xxxx 犬山市大字00字ΔΔxx番地		
フリガナ	イヌヤマ ハナコ	被保険者 との続柄	子
郵便物受取人	犬山 花子		
連絡先電話番号	<input checked="" type="checkbox"/> 自宅・携帯・職場 (000) ΔΔΔ - 0000		
申請理由	<input type="checkbox"/> 施設入所中のため <input type="checkbox"/> 入院中のため <input type="checkbox"/> 成年後見人を受取人とするため (証明書添付) <input type="checkbox"/> 受取人が書類の管理をしているため <input type="checkbox"/> 死亡のため <input type="checkbox"/> 他 ()		
他の送付先	<input type="checkbox"/> 福祉医療 (後期高齢者福祉医療) に関する事 <input type="checkbox"/> 介護保険に関する事		

該当に を記入してください。

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
関することは広域連合が、他の送付先に関する事は犬山市長が適宜
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

申請者 住所 〒 _____
氏名 _____ 続柄： 本人
電話 () _____

・被保険者本人が申請する場合は、ご本人の住所・氏名等を記入してください。

・本人以外が申請する場合は、申請する方の住所・氏名を記入し、委任状の提出をお願いします。

本人確認書類として、
①であれば1点、②であれば2点が必要です。

※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 () ①
	受付担当者	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 () ②
	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) /