

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(資格確認書)・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) /				