

記入見本

受付印

介護保険・後期高齢者医療制度送付先変更届出書

(新規・変更・解除)

国分寺市長 殿

東京都後期高齢者医療広域連合長 殿

〇年 〇月 〇〇日

介護保険及び後期高齢者医療制度に関する通知等の送付先の変更について、裏面の注意事項に同意したうえで次のとおり届出します。なお、送付先変更に伴う不利益はすべて届出人の責任とします。

①届出人（記入する方）

氏名	フリガナ トウキョウ ハナコ 東京 花子	被保険者との関係	・本人 ・配偶者 ・子 ・子の配偶者 ・その他（ ）
住所	〒 185 - 0021 国分寺市 戸倉 1-6-1 電話番号 042 (325) 0111		

②送付先を変更する被保険者

氏名	フリガナ コクブンジ タロウ 国分寺 太郎	住所	〒185 - 0024 国分寺市泉町2-3-8
生年月日	昭和 〇年 〇月 〇日		
介護保険被保険者番号	0 0 0 0 0 1 2 3 4 5		
後期高齢者医療制度被保険者番号	1 2 3 4 5 6 7 8		
変更を希望する理由	該当する理由に☑をつけてください ☐ 被保険者本人が、送付先に滞在しているため ☒ 被保険者本人が、書類の管理ができないため（以下の番号を○で囲んでください） ① 高齢・認知症等により判断が困難 (2) 入院中 (3) 施設入所中 (4) 成年後見人制度 ☐ その他（具体的に記入してください） ()		
送付先変更を希望する書類 ※介護保険・後期高齢者医療制度それぞれについて、送付先変更を希望する通知の種類に☑をつけてください。	【介護保険】 ☒ 介護保険に関する通知全て ※全てにチェックした場合には以下チェック不要 ☐ 保険料に関する通知全て [保険料納付記録管理] ☐ 要介護(支援)認定・サービスの利用料等に関する通知全て(償還払い・高額介護サービス費・利用者負担減免など) [資格記録管理] ※保険料還付通知は、法定相続人の方に送付する場合があります	【後期高齢者医療制度】 ☒ 後期高齢者医療制度に関する通知全て ※全てにチェックした場合には以下チェック不要 ☐ 保険料に関する通知全て ☐ 保険証等資格に関する通知全て ☐ 療養費の支給等給付に関する通知全て	

③変更後の送付先 ※①の届出人と同じ住所の場合には記入不要です。

氏名	フリガナ	被保険者との関係	・本人 ・配偶者 ・子 ・子の配偶者 ・その他（ ）
住所	〒 - 電話番号 () (様方) ←送付先宛名と表札が異なる場合は、必ず記入してください。		

送付先の変更期間が確定している場合

(確定していない場合には終了日は空白にしてください)

△年 △月 △日 ~ 年 月 日