

介護保険・後期高齢者医療・重度障害者医療送付先変更届出書

届出年月日: 令和 XX 年 4 月 1 日

記入例

* 後期高齢者医療保険に加入されている方、または重度障害者医療費助成の対象となる方は、そちらも変更となります。

秦野市長

〒 257 - 0857

(届出人) 住所 秦野市桜町一丁目〇番〇号

フリガナ ハノ ハコ

氏名 秦野 花子 (被保険者との続柄 妻)

届出区分

新規 変更 取消

電話 0463 - 82 - XXXX

| | | | | | | | | | | | |
|-----------|---|---|---|---|---|---|--|--|---|---|---|
| 被保険者本人 | 介護保険被保険者番号 | 0 | 0 | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
| | 氏名 | 秦野 太郎 | | | | | 生年月日 | 明/大/昭 12・3・4 | | | |
| | 住所 | 秦野市桜町一丁目〇番〇号 | | | | | 「すべて」に✓をつけますと、下記の変更を希望する書類が、送付先に送られます。 | | | | |
| 送付先変更希望種類 | <input checked="" type="checkbox"/> すべて (介護保険、後期高齢者医療及び重度障害者医療) 介護保険関係書類の一部を変更する場合は、変更する項目にチェックしてください。 <input type="checkbox"/> 認定のみ <input type="checkbox"/> 保険料のみ <input type="checkbox"/> 給付のみ | | | | | | | | | | |
| 送付先 | 送付先氏名 | フリガナ ハノ イチロ 秦野 一郎 <input type="checkbox"/> 届出人氏名と同じ | | | | | | | | | |
| | 送付先住所 | 〒 - <input checked="" type="checkbox"/> 届出人住所と同じ | | | | | | | | | |
| | 電話番号 | 090 - XXXX - XXXX | | | | | 被保険者との関係 | 長男 <input type="checkbox"/> 届出人欄と同じ | | | |
| | 送付先変更理由 | 施設入所中・入院中・認知症・本人死亡 その他 () | | | | | | | | | |
| | 変更期間 | 令和 XX 年 4 月 1 日 ~ 年 月 日 | | | | | | | | | |

(以下は、
後期高齢
送付先

※届出人と送付先は別でも、構いません。
※届出人の本人の確認書類(身分確認できるもの)が必要となります。
※ケアマネの方が手続きをされる場合、委任状が必要となります。
委任状の様式は任意となりますが、本人氏名・押印を必ずお願いします。

確認者

本人確認 運転免許証 保険証 その他 ()

* 届出人の本人確認書類の添付が必要となります。

《注意》

送付先を変更・終了する場合は、あらためて届出書を提出してください。

届出をしない場合は、送付先の住所地へ送付されます。ただし、郵便物が住所地に届かない状態が続いた場合は、送付先を解除することがあります。