後期高齢者医療・介護保険・重度障害者医療送付先変更届出書

年　　月　　日

（提　出　先）

秦野市長

＊介護保険・重度障害者医療に関する送付先も変更となります。

〒　　－

（届出人）住所

ﾌﾘｶﾞﾅ

氏名　　（被保険者との続柄　　）

電話　　－　　－

＊**届出人の本人確認書類のコピーの添付が必要**となります。

（例）運転免許証やマイナンバーカードなどの写真付きの公的機関から発行された本人確認書類

届出区分
□新規　□変更　□取消
□後期高齢者医療制度のみ送付先変更

後期高齢者医療及び介護保険、重度障害者医療の送付先について、次のとおり届出いたします。

被保険者本人	後期高齢者医療被保険者番号				
	氏名		生年月日	大／昭　・　・	
	住所				
送付先 ※取消の場合は記載不要	送付先氏名	フリガナ □ 届出人氏名と同じ			
	送付先住所	〒　　― 都道 府県 □ 届出人住所と同じ　　様方			
	電話番号		被保険者との続柄	□ 届出人欄と同じ	
	送付先変更理由（該当する事由に○をしてください。）	施設入所中　・　入院中　・　認知症　・　本人死亡 住民票の異動困難　・　その他（　　）			
	変更期間	年　月　日　～　年　月　日			

（以下は、市町村記入欄）
□介護保険・重度障害者医療への送付先変更情報提供済
□送付先住所の変更なし（事由のみ）

入力者	標準システム	後期高齢者医療事務支援システム	確認者
	入力日	入力日	

本人確認	□運転免許証　□マイナンバーカード　□旅券　□その他（　　）

窓口確認者

後期高齢者医療・介護保険・重度障害者医療送付先変更届出書

記入例

年　月　日

（提　出　先）

秦野市長

届出人 と 送付先は別でも構いません。

＊介護保険・重度障害者医療に関する送付先も変更となります。

〒 257 － 0015

（届出人）住所 **秦野市平沢101－1**

ﾌﾘｶﾞﾅ **ハダノ　ハナコ**

氏名 **秦 野　花 子**　（被保険者との続柄 **長女**）

電話 **0463 － 84 － 3333**

＊**届出人の本人確認書類のコピーの添付が必要**となります。

（例）運転免許証やマイナンバーカードなどの写真付きの公的機関から発行された本人確認書類

新規、変更、取消のいずれかに☑
また、後期高齢者医療制度のみ変更を希望する場合はそちらにも☑

届出区分
☑新規　□変更　□取消
□後期高齢者医療制度のみ送付先変更

後期高齢者医療及び介護保険、重度障害者医療の送付先について、次のとおり届出いたします。

被保険者本人	後期高齢者医療被保険者番号	1	2	3	4	5	6	7	8
	氏名	**秦野 太郎**				生年月日	大／昭 24 ・ 12 ・ 2		
	住所	**神奈川県秦野市桜町1丁目3番2号**							
送付先 ※取消の場合は記載不要	送付先氏名	フリガナ ☑ 届出人氏名と同じ							
	送付先住所	〒　　－ 都道 府県 ☑ 届出人住所と同じ　　**秦 野 一 郎**　様方							
	電話番号	**0463-＊＊＊-＊＊＊＊**				被保険者との続柄	☑ 届出人欄と同じ		
	送付先変更理由（該当する事由に○をしてください。）	施設入所中 ・ 入院中 ・ 認知症 ・ 本人死亡 住民票の異動困難 ・ その他（　　）							
	変更期間	年　月　日 ～　年　月　日							

届出人 と 送付先氏名・住所が同一の場合、☑で省略可能

（以下は、市町村記入欄）
□介護保険・重度障害者医療への送付先変更情報提供済
□送付先住所の変更なし（事由のみ）

入力者	標準システム	後期高齢者医療事務支援システム	確認者
	入力日	入力日	

本　　ード　□旅券　□その他（　　）

送付先設定の期間が決まっている場合は、その期間をご記入ください。
記載のない場合は受付日から取消の申し出を受けるまで有効となります。

窓口確認者