

豊田市 介護保険 送付先

変更 申請書  
変更解除

受付印

太枠の中に必要事項を記入してください。□の部分は、該当するものにシ点を付けてください。

申請区分	<input type="checkbox"/> 資格・認定（被保険者証、認定結果通知、更新申請のお知らせなどの認定申請に関する書類） <input type="checkbox"/> 賦課・収納（納入通知書、特別徴収通知など保険料に関する書類） <input type="checkbox"/> 給付（負担割合証、支給決定通知、給付費通知など給付に関する書類）		
	被保険者番号	0 0	
被保険者	フリガナ		生年月日 明治・大正・昭和
	氏名		
	住民票住所	〒 -	
受取人	<input type="checkbox"/> 送付先変更を解除し、送付先を住民票住所に戻す。 <input type="checkbox"/> 裏面の後期高齢者医療の送付先と同一にする。（誓約事項を確認のうえ申請者欄をご記入ください。）		
	送付先住所	〒 -	
	フリガナ		被保険者との関係
	氏名		
連絡先	自宅・携帯・勤務先（ ） -		
申請理由	<input type="checkbox"/> 入院中のため		<input type="checkbox"/> 施設入所中のため
	<input type="checkbox"/> 自己管理不能のため		<input type="checkbox"/> 相続人として
	<input type="checkbox"/> 法定代理人（成年後見人等）を受取人とするため		
	<input type="checkbox"/> その他（ ）		

【誓約事項】 申請するにあたり、以下の事項を確認し□にチェックしてください。

- 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、又は連絡が取れなくなった場合は、豊田市が適宜送付先変更を解除することを了承します。
- この申請は介護保険に関する書類の送付先のみ効力が生じることを了承します。
- 送付される書類によって、宛名部分に受取人氏名に加え被保険者氏名が表記される場合があ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。

豊田市長 様

申請日 令和 年 月 日

申請者 (記入者)	フリガナ		被保険者との関係
	氏名		
	住所	<input type="checkbox"/> 受取人に同じ <input type="checkbox"/> 本人に同じ 〒 -	
	連絡先	<input type="checkbox"/> 受取人に同じ <input type="checkbox"/> 本人に同じ 自宅・携帯・勤務先（ ） -	

申請番号

申請者確認	<input type="checkbox"/> 個人番号カード <input type="checkbox"/> 運転免許証 <input type="checkbox"/> パスポート <input type="checkbox"/> 在留カード <input type="checkbox"/> 特別永住者証明書 <input type="checkbox"/> 身体障がい者手帳 <input type="checkbox"/> その他（ ）		
	<input type="checkbox"/> 健康保険被保険者証 <input type="checkbox"/> 年金手帳 <input type="checkbox"/> 年金証書 <input type="checkbox"/> 介護保険被保険者証 <input type="checkbox"/> 生活保護受給証明書 <input type="checkbox"/> 雇用保険受給資格者証 <input type="checkbox"/> その他（ ） ※その他については、名前と生年月日又は住所の明記のあるもの		
受付者	氏名表示	入力・確認	
	<input type="checkbox"/> 表示 <input type="checkbox"/> 非表示	<input type="checkbox"/> 保険料 <input type="checkbox"/> 賦課 / <input type="checkbox"/> 収納 /	<input type="checkbox"/> 認定 / <input type="checkbox"/> 給付 /
後期申請		<input type="checkbox"/> 有 (⇒ <input type="checkbox"/> 委任状、 <input type="checkbox"/> コピー) <input type="checkbox"/> 無	

後期高齢者医療 送付先

変更  
変更解除

申請書



申請区分	<input type="checkbox"/> 資格（保険証・減額証等） <input type="checkbox"/> 賦課・収納（保険料徴収に関する書類） <input type="checkbox"/> 給付（高額療養費・療養費に関する書類）		
被保険者番号			
被保険者氏名			
生年月日			
現住所	〒            -		
送付先住所	<input type="checkbox"/> 送付先変更を解除し、現住所に戻す。 〒		
方書			
受取人フリガナ			
郵便物受取人		被保険者との 関係	
連絡先電話番号	自宅・携帯・職場（            ）            -		
申請理由	<input type="checkbox"/> 入院中 <input type="checkbox"/> 施設入所中 <input type="checkbox"/> 成年後見人等を受取人とするため <input type="checkbox"/> 相続人として <input type="checkbox"/> 自己管理不能のため <input type="checkbox"/> その他（具体的に記入ください）（		

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、広域連合が適宜、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。

愛知県後期高齢者医療広域連合長 様

令和    年    月    日

申請者 (記入者)  <small>※ 窓口に来た人が本人以外の場合は別紙様式委任状の記載が必要です。</small>  <small>※ 死亡の場合は除く</small>	住所	<input type="checkbox"/> 受取人の場合住所・電話番号は省略
	電話	(            )            -
	氏名	
	被保険者との続柄	

※処理欄

記入者確認	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 身体障がい者手帳・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・雇用保険受給資格者証・その他（            ） ※その他については、名前と生年月日又は住所の明記のあるもの					
受付担当者		入力日	広域市	解除入力日	広域市	

委 任 状

令和 年 月 日

委任者	住所			
	氏名	(印)	生年月日	明治 大正 昭和 年 月 日
自署の場合は押印不要				

下記の者に、次の手続き等を委任します。

【委任事項】（該当するものに☑、もしくは追加記入）

- 後期高齢者医療保険証の受領
- 後期高齢者医療保険証等の再交付等にかかる手続きについて
- 後期高齢者医療限度額適用・標準負担認定申請にかかる手続きについて
- 後期高齢者医療特定疾病認定申請にかかる手続きについて
- 後期高齢者医療保険料免除申請にかかる手続きについて
- 後期高齢者医療送付先変更等にかかる手続きについて
- 後期高齢者医療障害認定申請及び資格取得（変更・喪失）に係る手続きについて
- 

受任者	住所			
	氏名		生年月日	大正 昭和 平成 年 月 日
	委任者との関係	親族（続柄）・担当民生委員・近隣協力者・友人 施設職員・ケアマネジャー・その他（）		

愛知県後期高齢者医療広域連合長 様

確認	個人番号カード・運転免許証・運転経歴証明書・パスポート・特別永住者証明書 在留カード・身体障がい者手帳・精神障がい者保険福祉手帳・療育手帳・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・介護保険負担割合証 生活保護受給証明書・雇用保険受給資格者証・その他（） ※その他については、名前と生年月日又は住所の明記のあるもの