

介護&後期
委任状
有りの場合

豊田市 介護保険 送付先

変更
変更解除 申請書

受付印

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 checked="" 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 checked="" 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 checked="" 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	被保険者番号	0 0 1 2 3 4 5 6 7 8
	フリガナ	トヨタ タロウ
	氏名	豊田 太郎
	住民票住所	〒 471 - 8501 豊田市西町3-60
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 checked="" 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	
	氏名	被保険者との関係
	記入不要	
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

解除す

この申請

送付先

この申請

誓約事項を確認し、チェックをしてください。

送付先の種類により、住所印字機又は入力用紙に加入保険料のフリガナを記入する必要がある場合があります。

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 令和元年 7月 7日

申請者 (記入者)	フリガナ	オカザキ ハナコ	被保険者との関係	長女
	氏名	岡崎 花子		
	住所	<input checked="" type="checkbox"/> 受取人に同じ <input type="checkbox"/> 本 〒 -	受取人と申請者が 同じ場合はチェックのみで可	
連絡先	<input checked="" type="checkbox"/> 受取人に同じ <input type="checkbox"/> 本 自宅・携帯・勤務先			

申請者確認	申請番号			
	<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 ()			
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】

介護&後期
委任状
有りの場合

委 任 状

令和 元年 7月 7日

委任者	住所	豊田市西町3-60		
	氏名	豊田 太郎	生年月日	明治 大正 15年3月3日 昭和

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	岡崎市十王町2-9 岡崎アパート201号		
	氏名	岡崎 花子	生年月日	大正 昭和 44年3月3日 平成

委任者と親族（続柄 長女）・担当民生委員・近隣協力者・友人の関係
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・職員記入欄 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