

介護&後期  
本人お亡くない  
の場合

市介護保険送付先

変更  
変更解除  
申請書

受付印

記入してください。□の部分は、該当するものにし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	生年月日
	氏名	豊田 太郎	明治・大正・昭和 11年 11月 11日
	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	被保険者との関係	
	フリガナ		
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 checked="" 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 送付先 変更 申請書  
 変更解除

受付印

申請区分	<input type="checkbox"/> 資格（保険証・減額証等） <input checked="" type="checkbox"/> 賦課・収納（保険料徴収に関する書類） <input checked="" 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	豊田 太郎		
生年月日	昭和11年11月11日		
現住所	〒 471 - 8501 豊田市西町3-60		
送付先住所	<input type="checkbox"/> 送付先変更を解除し、現住所に戻す。 〒 444-8501 岡崎市十王町2-9		
方書	岡崎アパート201号		
受取人フリガナ	オカザキ ハナコ	被保険者との関係	長女
郵便物受取人	岡崎 花子		
連絡先電話番号	自宅・ <u>携帯</u> ・職場（ 070 ） 7777 - 7777		
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 checked="" 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 元年 7 月 7 日

申請者 （記入者）  ※ 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。  ※ 死亡の場合は除く	住所	<input checked="" type="checkbox"/> 受取人の場合住所・電話番号は省略 受取人と申請者が
	電話	（ 同じ場合はチェックのみで可 ）
	氏名	岡崎 花子
	被保険者との続柄	長女

※処理欄

記入者確認	個人番号カード・ <u>運転免許証</u> ・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・雇用受給資格証明書・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	7/7 太田	入力日	広域市	解除入力日	広域市	