

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、該当するものにレ点を付けてください。

申請区分

- 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)  
 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)  
 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	明治 · 大正 · 昭和 11年 11月 11日
	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	記入不要	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:

解除する

この申請

送付され

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 1月 1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	受取人に同じ □ 本 〒 —		
	連絡先	受取人に同じ □ 本 自宅 · 携帯 · 勤務先		

受取人と申請者が

同じ場合はチェックのみで可

申請番号

申請者確認

- 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 ( )  
 健康保険資格確認書  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  住民登録簿記載者証  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

受付者

氏名表示 入力 · 確認

- |  |   |  |                             |                             |
|--|---|--|-----------------------------|-----------------------------|
|  | <input type="checkbox"/> 表示<br><input type="checkbox"/> 非表示 | <input type="checkbox"/> 保険料                               | <input type="checkbox"/> 認定 | <input type="checkbox"/> 給付 |
|  |   | <input type="checkbox"/> 賦課<br><input type="checkbox"/> 収納 | /                           | /                           |

後期申請

有 (⇒  委任状、 コピー)  無

## 後期高齢者医療 送付先

変更  
変更解除

## 申請書

介護&後期  
委任状  
有りの場合

申請区分	<input checked="" type="checkbox"/> 資格（保険証・減額証等） <input checked="" type="checkbox"/> 税課・収納（保険料徵收） <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	<b>豊田 太郎</b>		
生年月日	<b>昭和11年11月11日</b>		
現住所	〒 <b>471 - 8501</b> <b>豊田市西町3-60</b>		
送付先住所	<input type="checkbox"/> 送付先変更を解除し、現住所に戻す。 〒 <b>444-8501</b> <b>岡崎市十王町2-9</b>		
方書	<b>岡崎アパート201号</b>		
受取人フリガナ	<b>オカザキ ハナコ</b>		
郵便物受取人	<b>岡崎 花子</b>	被保険者との 関係	<b>長女</b>
連絡先電話番号	自宅・ <b>携帯</b> ・職場 ( <b>070</b> ) <b>7777 - 7777</b>		
申請理由	<input type="checkbox"/> 入院中 <input checked="" 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（具体的にご記入ください）（ ）		

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

## ※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（ ）				
	健康保険資格確認書・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・雇用手帳・会員証・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	<b>1/1 太田</b>	入力日	広域 市	解除入力日	広域 市

# 【後期高齢者医療】

## 委 任 状

介護&後期  
委任状  
有りの場合

令和 元年 7月 1日

委任者	被保険者	住所	豊田市西町3-60			
		氏名	豊田 太郎	豊田	生年月日	明治 大正 昭和 15年3月3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	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 平成	44年3月3日

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( )
	健康保険資格確認書・年金手帳・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