

## 後期高齢者医療送付先変更申出書

(あて先) 富士見市長

申出年月日

令和

年

月

日

埼玉県後期高齢者医療広域連合長

今後、後期高齢者医療に関する書類は、以下の送付先に送付していただきたく申し出ます。

申出者	住所	〒 ー 都道 市区 府県 町村	
		方書 (アパート名、部屋番号等)	
	フリガナ		続柄 <input type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> 配偶者 <input type="checkbox"/> 子 <input type="checkbox"/> 兄弟姉妹 <input type="checkbox"/> 成年後見(保佐・補助)人 <input type="checkbox"/> その他( )
	氏名		
電話番号	(固定電話)	(携帯電話)	
添付書類 ※送付先が確認できるものを裏面に添付してください <input type="checkbox"/> 家 族 本人確認書類(運転免許証等)の写し (※有効期限内のもの) <input type="checkbox"/> 成年後見人等 成年後見等に係る登記事項証明書の写し(※発行日から3カ月以内のもの)			

被保険者	被保険者番号			
	住所	〒 ー 都道 市区 府県 町村		<input type="checkbox"/> 申出者欄と同じ
		方書 (アパート名、部屋番号等)		
フリガナ		生年月日	明治	年 月 日
氏名			大正	

送付先	住所	〒 ー 都道 市区 府県 町村		<input type="checkbox"/> 申出者欄と同じ	
		方書 (アパート名、部屋番号等)			
	フリガナ				<input type="checkbox"/> 申出者欄と同じ
	氏名				(続柄: 被保険者の_____)
	電話番号	(固定電話)	(携帯電話)		<input type="checkbox"/> 申出者欄と同じ
理由 (○で囲んでください)	ア 特別養護老人ホームや有料老人ホーム等に入所のため 施設名 ( ) イ 老人保健施設に入所のため 施設名 ( ) ウ 入院中のため エ 認知症のため (疑い含む。書類を隠してしまう、紛失してしまう等を含む。) オ その他の理由 ( )				

裏面の注意事項をご確認ください。

なお、以下は市役所記入欄ですので、記載しないでください

確認 ( / )		入力 ( / )		受付者
自	標	自	標	

## 注意事項

- ※ 送付先の住所・氏名等は、楷書で丁寧に記入してください。また、建物名がある場合は忘れずにご記入をお願いします。
- ※ 送付先変更をしても、明らかに被保険者が送付先にいないと認められるとき（退院・退所、転院・転所、郵便の返戻など）は、職権により送付先を解除することがあります。
- ※ 送付先を解除・変更する場合は、速やかに保険年金課後期高齢者医療係までご連絡ください。

本人確認書類貼付欄