

後期高齢者医療・介護保険 送付先変更届

東京都後期高齢者医療広域連合長 殿
令和 年 月 日
東大和市長 殿

次のとおり、後期高齢者医療もしくは介護保険に関する書類の送付先について、届け出ます。

1 被保険者

氏 名	東 大和	生年月日	大・昭	●年 ●月 ●日
住 所	〒207 - 8585 東大和市中央3 - 930 (マンション名等の名称と部屋番号)			
電 話 番 号	042 - 563 - 2111			

送付先を変更したい被保険者の方
の住所等をお書きください。

2 届出内容 (該当する項目に☑してください。)

保 険 種 別	<input checked="" type="checkbox"/> 後期高齢者医療 【 被保険者番号 12345678 】			
	<input checked="" type="checkbox"/> 介護保険 【 被保険者番号 0000123456 】			
内 容	<input checked="" type="checkbox"/> 変更 (<input checked="" type="checkbox"/> 申請日以降 <input type="checkbox"/> 右記期間 年 月 日 ~ 年 月 日) <input type="checkbox"/> 送付先変更の解除			
理 由	<input checked="" type="checkbox"/> 施設入所 <input type="checkbox"/> 入院 <input type="checkbox"/> 書類管理のため <input type="checkbox"/> 被保険者死亡 <input type="checkbox"/> その他 ()			

変更・解除の理由に☑をつけてください。

3 届出者・送付先 (届出者の身分証明書の写しを必ず添付してください。)

※届出者の身分証明書に記載されている住所等をお書きください。また、届出者の本人確認書類のコピーを添付してください。

確認できる公的書類 (例：
必要となります。)

届 出 者	氏 名	東 花子	関係	子
	住 所	〒207 - ×××× 東大和市南街× - △△ - ○		
	電 話 番 号	××× - △△△△ - ○○○○		
送 付 先	<input checked="" type="checkbox"/> 届出者住所と同じ <input type="checkbox"/> 下記の			
	氏 名		被保険者との関係	
	住 所	〒 - (マンション等名称 及び部屋番号)		
	電 話 番 号			

送付先が届出者の住所地ではない場合、送付
先住所が確認できる公的書類を添付のうえ、
記入してください。
施設入所の場合は、施設名もご記入ください。

受 付 印 (後期)

受 付 印 (介護)

受付	回送	入力	確認