

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
東大和市長 殿

令和 年 月 日

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

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。

氏名	東大和		生年月日	大・昭	●年	●月	●日
住所	<u>〒207-8585</u> 東大和市中央3-930 <small>(マンション名等の名称と部屋番号)</small>						
電話番号	042-563-2111						

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 (☑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
送付先となる方の身分証明書、転勤先の

ご記入いただく方の住所等をお書き
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:
で必要となります。)

届出者	氏名	東花子		被保険者との関係 の関係 子
	住所	<u>〒207-XXXX</u> 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		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。	
氏名				
住所	<u>〒</u> <u>—</u> <small>(マンション等名称 及び部屋番号)</small>			
電話番号				

受付印 (後期)

受付印 (介護)

受付	回送	入力	確認