

# 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

氏名		生年月日	大・昭 年 月 日
住所	<p>〒 —————</p> <p>————— (マンション名等の名称と部屋番号)</p>		
電話番号			

## 2 届出内容 (該当する項目に☑してください。)

保険種別	<input type="checkbox"/> 後期高齢者医療 <input checked="" type="checkbox"/> 【被保険者番号】 <input type="checkbox"/> 介護保険 <input checked="" type="checkbox"/> 【被保険者番号】		
内容	<input 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 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 ( )		

## 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以外が送付先となる場合は、送付先住所が確認できる公的書類（例：送付先となる方の身分証明書、転勤先の賃貸借契約書、施設のパンフレット等）が追加で必要となります。

届出者	氏名		被保険者との関係	
	住所	<p>〒 —————</p> <p>————— (マンション等名称 及び部屋番号)</p>		
	電話番号			
送付先	<input type="checkbox"/> 届出者住所と同じ <input type="checkbox"/> 下記のとおり			
送付先	氏名		被保険者との関係	
	住所	<p>〒 —————</p> <p>————— (マンション等名称 及び部屋番号)</p>		
	電話番号			

受付印 (後期)

受付印 (介護)

受付	回送	入力	確認