

記入例

長あて

令和〇〇年〇〇月〇〇日

提出日

介護保険・後期高齢者医療 関係書類送付先変更届出書

下記の被保険者に送付される関係書類の送付先の変更を依頼します。なお、この届出に対して被保険者および利害関係人からの異議申し立てなど、諸問題が発生した場合は、申請者が責任をもって対処し、一切迷惑をかけないことを確約します。

1. 申請者

住所	〒 509 - 0214 可児市広見一丁目5番地		
氏名	可児 花子	電話番号	0574 - 62 - 1111
被保険者との続柄(関係)	配偶者・子・孫・兄弟姉妹・後見人・その他()		
本人確認書類	<input checked="" type="checkbox"/> 顔写真あり(1点) <input type="checkbox"/> 顔写真なし(2点) <input type="checkbox"/> 後見人証明 ※下段の【注意】を参照		

2. 被保険者

住所	<input type="checkbox"/> 同上 可児市 広見一丁目1番地
氏名	<input type="checkbox"/> 同上 広域 太郎
生年月日	大正・昭和・西暦 8年 3月 30日
被保険者番号(対象に記入)	介護保険 1 2 0 0 0 3 4 5 6 7 後期高齢者医療 1 2 3 4 5 6 7 8

郵送する場合は、した本人確認書類のコピーを一緒に提出してください。

3. 送付先

変更を希望する項目にを記入してください。

変更対象	<input checked="" type="checkbox"/> 介護保険 <input checked="" type="checkbox"/> 後期高齢者医療制度
届出の種類	<input checked="" type="checkbox"/> 新規 <input type="checkbox"/> 修正 <input type="checkbox"/> 解除(以下の記入は不要)
届出の理由	<input checked="" type="checkbox"/> 施設入所 <input type="checkbox"/> 本人が管理できない <input type="checkbox"/> 入院 <input type="checkbox"/> その他()
送付先情報	<input type="checkbox"/> 下記へ送付 <input checked="" type="checkbox"/> 申請者へ送付(以下の記入は不要)
送付先住所	〒 -
送付先氏名	-
被保険者との続柄(関係)	配偶者・子・孫・兄弟姉妹・後見人・その他()

申請者と別の方や、別の住所を希望する場合は、こちらにして送付先を記入してください。

【注意】

- 身分証明書は顔写真あり(運転免許証・マイナンバーカードなど)は1点、顔写真なし(保険証、診察券など)は2点必要となります。後見人が申請する場合は、証明する書類(登記事項証明書など)が必要となります。
- 郵送で提出される場合は、上記の証明書のコピーを提出してください(返却はしません)。

処理 確認欄	転送	入力	確認

介護受付	国保受付