

可児市長 あて
岐阜県後期高齢者医療広域連合長 あて

介護保険

後期高齢者医療

関係書類送付先変更届出書

下記の被保険者によ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変更を希望する制度に✓してください。諸問題が発生した場合は、届出人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 届出人

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 ・ <input checked="" type="checkbox"/> 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 ・ <input checked="" type="checkbox"/> 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										後期高齢者医療						
	1	2	0	0	0	3	4	5	6	7	1	2	3	4	5	6	7

3 送付先

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"/> 届出人に送付 (以下の記入は不要)		
送付先住所	〒 - -		
送付先氏名	届出人と別の人、別の住所を希望する場合、ここに✓して送付先を記入してください。 - -		
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 ()		

【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。後見人が届け出る場合は、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)。

注意事項を必ず確認してください。特に郵送による提出の場合、証明書の添付が必要です。忘れずに添付して下さい。

送付先住所	入力	確認	介護受付	国保受付
-------	----	----	------	------