

保険関連書類送付先変更届

年 月 日

高梁市長 様

岡山県後期高齢者医療広域連合長 様

申請者 フリガナ

電話番号

(署名) 氏 名

住 所 〒

対象者との続柄

()

次のとおり関係書類の送付先を変更していただくよう裏面重要事項に同意し届出ます。届出にあたり、被保険者本人(本人の意思が確認不能の場合は本人の意思を代理できる者)の了解を受けています。

■対象者情報(送付先の変更を希望する被保険者の情報を記入してください。)

フリガナ		生 年	明治 大正	年	月	日
氏 名		月 日	昭和 平成			
			令和			
住 所	〒	都 道	市 区	区 町		
		府 県	郡	村		

■変更を希望する書類(指定がなければ全ての送付先を変更又は解除します。)

	送付先を変更する項目		被保険者番号 (できるだけ記入してください。)
	個別に変更する場合		
後 期 高 齢 者 医 療 保 険	<input type="checkbox"/> 全て <input type="checkbox"/> 個別指定 <input type="checkbox"/> 変更なし	<input type="checkbox"/> 資格に関する書類 (証書関係) <input type="checkbox"/> 給付に関する書類 (給付や還付のお知らせ関係) <input type="checkbox"/> 後期高齢者医療保険料に関する書類	
国 民 健 康 保 険	<input type="checkbox"/> 資格・給付に係る書類(対象者が世帯主で国保加入している場合のみ変更します。) ※世帯単位で管理しているため世帯員全員の送付先が変更されます。 <input type="checkbox"/> 変更なし		
介 護 保 険	<input type="checkbox"/> 全て <input type="checkbox"/> 個別指定 <input type="checkbox"/> 変更なし	<input type="checkbox"/> 資格に関する書類 (証書関係) <input type="checkbox"/> 給付に関する書類 (給付や還付のお知らせ関係)	

■今後の送付先(解除の場合は宛先など記入の必要はありません。)

申請区分	<input type="checkbox"/> 送付先変更 <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> 申請者へ送付先を変更する <input type="checkbox"/> 下記の宛先に送付先を変更する <input type="checkbox"/> 送付先変更の解除(住民登録してある住所地へ戻す)
宛 先	〒 都 道 市 区 区 町 府 県 郡 村
フリガナ	
宛 名	対 象 者 と の 続 柄

■その他

備 考	※認知症等により、本人の名前を宛名に入れられない場合など、宛先や宛名の記載方法に注意すべきことがあればご記入ください。		
変 更 理 由	<input type="checkbox"/> 入院のため <input type="checkbox"/> 施設入所のため <input type="checkbox"/> 住民異動届ができない	<input type="checkbox"/> 判断力低下のため <input type="checkbox"/> 家庭の事情のため <input type="checkbox"/> 必要なくなったため	<input type="checkbox"/> 同居親族がいない <input type="checkbox"/> 郵便局対応ができない <input type="checkbox"/> その他()

裏面も必ずご確認ください(申請に必要な書類等・重要事項・留意事項を記載しています)

