

保険関連書類送付先変更届

令和元年8月1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 マツヤマ ジロウ 電話番号
 (署名) 氏名 松山 次郎 0866-22-1487
 住所 〒716-0004 対象者との続柄
 高梁市内山下1番地 (父の弟の子)

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	タカハシ タロウ	生年	明治 大正 昭和 平成 令和	2年 3月 4日
氏名	高梁 太郎	月日		
住所	〒716-8501 岡山 都道 高梁 区 町 村 松原通2043番地			

■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 checked="" 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 checked="" type="checkbox"/> 後期高齢者医療保険料に関する書類	1 1 1 1 1 1 1 1 1
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 checked="" type="checkbox"/> 変更なし		2 2 2 2 2 2 2 2 2
介護保険	<input checked="" 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)	3 3 3 3 3 3 3 3 3

■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 checked="" type="checkbox"/> 送付先変更 <input type="checkbox"/> 申請者へ送付先を変更する <input checked="" 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	〒716-1321 岡山 都道 高梁 区 町 村 有漢3387
フリガナ	タカハシ ハナコ
宛名	高梁 花子
	対象者との続柄 長女

■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 checked="" 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)