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 |  | | | 生年月日 | | 明治　　大正  昭和　　平成  令和 | 年　　　　　　月　　　　　日 | | | |
| 氏名 |  | | |
| 住所 | 〒　　　　　－ |  | 都 道  府 県 | |  | | | 市 区  郡 |  | 区　町  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 | □全て  □個別指定  □変更なし | □ 資格に関する書類　（証書関係）  □ 給付に関する書類　（給付や還付のお知らせ関係）  □　後期高齢者医療保険料に関する書類 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 国民健康保険 | □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。  □変更なし | |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 介護保険 | □全て  □個別指定  □変更なし | □ 資格に関する書類　（証書関係）  □ 給付に関する書類　（給付や還付のお知らせ関係）  □ 介護保険料に関する書類 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

■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 | □　送付先変更 |  | □　申請者へ送付先を変更する  □　下記の宛先に送付先を変更する | | | □　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  府 県 |  | | 市 区  郡 | |  | | 区　町  村 |
|  | | | | | | | | | | |
| フリガナ |  | | | | | | | 対象者  との続柄 | |  | |
| 宛名 |  | | | | | | |

■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 | □入院のため  □施設入所のため  □住民異動届ができない | □判断力低下のため  □家庭の事情のため  □必要なくなったため | □同居親族がいない  □郵便局対応ができない  □その他（　　　　　　　　　　　　　　　　） |

■申請に必要な書類等

　※申請には、下記の書類等が必要です。書類が揃っていない場合や記入漏れがある場合は受付できません。

|  |  |
| --- | --- |
| 申請者 | 必要な書類等（郵送の場合は写しを添付してください） |
| 本人・親族 | 〇申請者本人の身分証明書（運転免許証等） |
| 法定代理人（成年後見人等） | 〇申請者本人の身分証明書（運転免許証等）  〇登記事項証明書（発行日より3か月以内） |
| ケアマネジャー、  ソーシャルワーカー等  （親族・法定代理人以外） | 〇申請者本人の身分証明書  　※ケアマネジャー等の場合は事業所印のあるもの  〇委任状  ※親族や法定代理人以外の方がその他第３者へ送付先を変更する場合に必要  です。 |

■重要事項（送付先の変更にあたって以下の同意いただく事項を必ずお読みください）

|  |
| --- |
| 〇住民票の転居・転出手続をした場合でも、送付先が抹消されない場合があります。住民票の異動等をした場合には、直ちに届け出て下さい。  〇対象者１名に対して複数の送付先変更届が提出された場合、直近で受理された届出を有効とします。  〇高梁市は、配達できず郵便の還付を受けた場合など予告なくこの届出以外の住所等に送付し、この届出を変更若しくは終了することがあります。  〇表面「変更を希望する書類」の中で選択した内容が申請日時点で対象とならない場合（未来のための申請）は送付先の変更ができません。事前にご相談ください。  〇関係者への説明は届出者が責任を持って行い、届出により発生する諸問題は、届出者が責任を持って対処することとします。高梁市は、この届出によるいかなる損害等についても、その責を負いません。  〇届出の内容で必要があるときは、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）及び送付先の者等に、届出に関する情報を開示します。  〇国民健康保険税を含む各種税金に関する送付先の設定については、この届出で変更できません。 |

■留意事項

〇生活の本拠が、変更する送付先にある方は、住民票のある市区町村から送付先にある市区町村への転出転入手続をご検討ください。

〇本届出を提出された後でも、事務処理の都合により一定期間は送付書類が変更前の送付先へ発送される場合があります。

〇申請者１人ごとに１枚届出書をご提出ください。

………………………………………………………………………・･･････････……………………………・………………

※以下の欄は市役所が使用しますので、空欄でご提出ください※

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 処理欄 | 受付印 | 受付者 | 本人確認 |  | 写し交付日 | 受取者 | 入力日 |
|  |  |  | 後期高齢者医療保険担当 |  |  |  |
| 後期高齢者医療保険料担当 |  |  |  |
| 備　考 | | 国民健康保険担当 |  |  |  |
|  | | 介護保険担当 |  |  |  |
| 介護保険料担当 |  |  |  |