

国民健康保険・後期高齢者医療・介護保険関係通知等送付先変更申請書

申請年月日 年 月 日

邑楽町長様

下記被保険者に係る、国民健康保険、後期高齢者医療及び介護保険関係書類の送付先変更を申請します。

申請にあたり、被保険者本人(本人の意思確認不能の場合は家族または本人の意思を代理できる者)の了解を受けています。本申請により発生する諸問題は、申請者が責任をもって対処することを了承します。

(申請者署名)

上記内容に了承しました

①申請者(記入する人)

氏名	フリガナ	被保険者との関係	
住所	〒	電話番号	

②送付先を変更する被保険者

氏名	フリガナ	生年月日	T・S・H・R
			年 月 日
住所	〒	電話番号	
変更を希望する理由	<input type="checkbox"/> 被保険者本人が、送付先に滞在しているため		
	<input type="checkbox"/> 被保険者本人が、下記の理由により書類の管理ができないため 【高齢、認知症等により判断が困難・入院中・施設入所中・成年後見人制度】 <input type="checkbox"/> その他(具体的に記入してください) ()		
変更を希望する書類	<input type="checkbox"/> 国民健康保険に関する通知 被保番()	<input type="checkbox"/> 後期高齢者医療に関する通知 被保番()	<input type="checkbox"/> 介護保険に関する通知 被保番()

③変更後の送付先 ※①の申立人と同じ住所に送付する場合はチェック □(下記記入不要)

氏名	フリガナ	被保険者との関係	
住所	〒	電話番号	

【添付書類】※窓口で申請する場合は、下記書類の提示で省略可。

届出人の身元を確認できる書類及び送付先を確認できる書類の写し(例:運転免許証、マイナンバーカードなど)

届出人が成年後見人、保佐人、補助人の場合には証明書(写し可)

【注意事項】

- ▶送付先の変更にあたっては、事前に被保険者本人、送付先の関係者、家族の間で同意を得るようにしてください。
- ▶送付先をさらに変更する場合(送付先の方の転居も含む)や、送付先を変更する必要がなくなった場合は、速やかに届出してください。なお、郵便物が送付先に届かない場合は、送付先変更を解除することがあります。