|  |  |
| --- | --- |
| **国民健康保険** | **被保険者証等送付先変更申請書** |
| **後期高齢者医療保険** |
| **介護保険** |

　次のとおり、国民健康保険・後期高齢者医療保険・介護保険にかかる関係書類の送付先について、住民票住所ではなく、下記住所に変更するよう申請します。

　なお、送付先を変更する必要がなくなった場合は、速やかに解除の申し出を行います。

令和　　年　　月　　日

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 被保険者 | 被保険者番号 | 国民健康保険 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 後期高齢者医療保険 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 介護保険 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 氏　　　　　名 |  | | 生年月日 | | M・T・S　　 年　　 月　　 日 | | | | | | |
| 住民票上の住所 | 〒 | | | | | | | | | | |
| 送　付　先 | 宛　　　　　先 | 〒 | | | | | | | | | | |
| フリガナ  氏　　　　　名 |  | | | | | | 被保険者との続柄 | | | | |
|  | | | | | |
| 電話番号 |  | | | | | | | | | | |
| 変　更　理　由 | | ・本人死亡のため　　（死亡年月日：　　　　年　　　月　　　日）  ・本人入院中のため  ・本人施設入所のため  ・その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） | | | | | | | | | | |
| 解 除 理 由 等 | |  | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | |
| 申請者が被保険者  以外の場合 | | 氏　　名　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　（被保険者との続柄　　　　　　　　） | | | | | | | | | | |
| 住　　所 | | | | | | | | | | |
| 電話番号 | | | | | | | | | | |
| 送付先変更書類 | | １　全　て　　２　資格管理帳票（被保険者証など）　　３　賦課・収納管理帳票  　４　受給者管理帳票（認定等通知など）　　５　給付管理帳票（高額療養費関係など） | | | | | | | | | | |

　※ 郵便により申請する方は、身分証明証（運転免許証等）のコピーを添付して下さい。

|  |  |
| --- | --- |
| **国民健康保険** | **被保険者証等送付先変更申請書** |
| **後期高齢者医療保険** |
| **介護保険** |

**記載例**

　次のとおり、国民健康保険・後期高齢者医療保険・介護保険にかかる関係書類の送付先について、住民票住所ではなく、下記住所に変更するよう申請します。

　なお、送付先を変更する必要がなくなった場合は、速やかに解除の申し出を行います。

令和　○年　○月　○日

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 被保険者 | 被保険者番号 | 国民健康保険 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 後期高齢者医療保険 | **９** | **８** | **７** | **６** | **５** | **４** | **３** | **２** | **１** | **０** |
| 介護保険 | **０** | **１** | **２** | **３** | **４** | **５** | **６** | **７** | **８** | **９** |
| 氏　　　　　名 | **森町　太郎** | | 生年月日 | | M・T・S　　○年　○ 月　○ 日 | | | | | | |
| 住民票上の住所 | 〒　**049-0000**    **森町字御幸町○○―○○** | | | | | | | | | | |
| 送　付　先 | 宛　　　　　先 | 〒　**049-0000**  **森町字上台町○○―○○** | | | | | | | | | | |
| フリガナ  氏　　　　　名 | **モリマチ　ハナコ** | | | | | | 被保険者との続柄  **子** | | | | |
| **森町　花子** | | | | | |
| 電話番号 | **０１３７４－７－１０８５** | | | | | | | | | | |
| 変　更　理　由 | | ・本人死亡のため　　（死亡年月日：　　　**○**年　　**○**月　　**○**日）  ・本人入院中のため  ・本人施設入所のため  ・その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） | | | | | | | | | | |
| 解 除 理 由 等 | |  | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | |
| 申請者が被保険者  以外の場合 | | 氏　　名　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　（被保険者との続柄　　　　　　　　） | | | | | | | | | | |
| 住　　所 | | | | | | | | | | |
| 電話番号 | | | | | | | | | | |
| 送付先変更書類 | | １　全　て　　２　資格管理帳票（被保険者証など）　　３　賦課・収納管理帳票  　４　受給者管理帳票（認定等通知など）　　５　給付管理帳票（高額療養費関係など） | | | | | | | | | | |

　※ 郵便により申請する方は、身分証明証（運転免許証等）のコピーを添付して下さい。