

# 国民健康保険

## 後期高齢者医療保険 被保険者証等送付先変更申請書

### 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													
被 保 険 者	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	<ul style="list-style-type: none"> <li>・ 本人死亡のため (死亡年月日: 年 月 日)</li> <li>・ 本人入院中のため</li> <li>・ 本人施設入所のため</li> <li>・ その他 ( )</li> </ul>														
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。

**記載例**

国民健康保険

後期高齢者医療保険 被保険者証等送付先変更申請書

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	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 森町 花子					被保険者との続柄 子					
	電話番号	01374-7-1085										
変更理由	<input checked="" type="checkbox"/> 本人死亡のため (死亡年月日: ○年 ○月 ○日) <input type="checkbox"/> 本人入院中のため <input type="checkbox"/> 本人施設入所のため <input type="checkbox"/> 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	<input checked="" type="checkbox"/> 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 <input type="checkbox"/> 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。