

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											
	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	国保・後期	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）											
	介護保険	1 全 て 2 賦課・収納管理帳票 3 その他（資格管理帳票、受給者管理帳票、給付管理帳票）											

※ 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。