## 記載例

## 送付先変更の場合

		後期間	高齢者医療 介護保険 各種通	知類等送付	片 (変更)終了)申請	書				
	身延町 山梨県	長 後期高齢者医療	京広域連合長 宛	「変更」に	丸	受付印				
	お、申請	青者以外から異議 域連合に一切迷説	者医療及び介護保険に関する諸通知の送付先の(変 の申出及び被保険者に不利益が生じた場合は、私( 惑を掛けないことを確約します。また、この内容に変	の責任において解	決し、身延町お					
この申請書を提出する方 (法人等の場合は担当者個人)	フ	リガナ	ミノブ ハナコ							
	申請者氏名(窓口に来た方)		身延 花子	±.	被保険者との関係・	長女				
	申請者住所		100-0000 ××県◇◇市△△町三丁目 0-0							
	電話番号		<b>090-0000-0000</b> (日中連絡のとれる番号を記載してく	(ださい)	本人確認 書類 ロマイナンバーカード 運転免許証 ロその他 (	)				
通知の対象者	被保険者	後期高齢者医療 被保険者番号	介被伤	護保険	3650123	456				
		フリガナ	ミノブ タロウ			大正 昭和				
		氏名	身延 太郎		···] 生年月日	○月、○日				
		住 所 住民登録地	〒 409-0000 山梨県南巨摩郡身延	时切石 000	番地	g 4				
		電話番号	0556-00-00	00						
	変更理由等	☑書類管理 □入院・入	国由にチェック / してください。 目ができないため 所中のため に滞在しているため こめ	□その他 (		)				
通知を受け取りたい方	送付先情報については、申請者と同じにする場合は左にチェック									
	, .	リガナ	ミノブ ジロウ	続柄	次男	,				
取りたい	送付	先氏名	身延 二郎	電話番号	090-0000-	-0000				
岩	送付先住所									

通知の対象者

本人自筆

~ 承諾書 ~ 後期高齢者医療保険及び介護保険に関する書類について、上記送付先に変更することを承諾します。

身延町切石117番地1 被保険者住所

被保険者氏名 身延 太郎 (FI)



その他特記事項

本人の自筆または 介護保険証の写しを添付

介

【添付書類】郵送での提出の場合、次の書類を添付してください。

- □ 申請者の本人確認書類の写し(マイナンバーカード、運転免許証など、顔写真のあるもの)
- □ 被保険者の介護保険証の写し(被保険者本人の自筆ができない場合のみ)

## 記載例

## 送付先終了(本人あてに戻す)の場合

<b>1U</b> 7	W 17 3		<b>月高</b>	齢者医療 介	た きゅう かんこう かんしょう かんしょう かんしょう でんし でんし でんし でんし でんし でんし でんし かんし かんし かんし かんし かんし かんし かんし かんし かんし か	<b>子種通知</b>	口類等送付	先(変更	<b>冬</b> 了申請書	를	
	次のとお、申請	後期高齢者 おり、後期高 者以外から 域連合に一切	齢者図 建議の	「域連合長 宛 医療及び介護保険に 申出及び被保険者に 掛けないことを確約	不利益が生じた場	場合は、私の	更・終了)を申請 責任において角	<b>弾決し、身延町お</b>		受付印	
(法人等の場合は担当者個人)	フリガナ			ミノブ	ハナコ						
	申請者氏名(窓口に来た方)			身延	花子	8		被保険者との関係	Ę	女	
	申請者住所		₹	〒 100-0000 ××県◇◇市△△町三丁目 0-0							
個名 一 大	電話番号		14	<b>090-00</b> (日中連絡のと			ださい)	本人確認 書類 □マイ □マイ □ 運転	ナンバーカード 免許証 他(		)
通知の対象者		後期高齢者  被保険者番	号	= /	2 204	被保	隻保険 食者番号	3650	1234		
	被保険者	フリガナ <b></b> 氏名		ミ/ <b>身</b> 狙				生年月日	明治 大 <u>]</u> 〇〇年 〇	E (昭和) 月 <b>O</b> E	3
	者	住 序住民登録	听 :地		-0000 県南巨摩郡	身延町	切石 000	番地	e e	g =	21
		電話番号	를	055	6-00	-00	00			,	
	更理由	□書類管 □入院・	理が入所に流	ョにチェック ✓ ができないた& 中のため 帯在しているた り	<b>b</b>	١,	☑その他 ( <mark>例</mark> ) 4	本人が在宅に	戻ったた	<b>Ø</b>	
- 1	送付先情報については、申請者と同じ										
	フリガナ						続柄				
	送付	先氏名				10 1961	電話番号				
	送付	先住所	〒								
通知の	本人	~ 承諾書 ~	後	朝高齢者医療保険及	び介護保険に関す	る書類にて	いて、上記送付	先に変更すること	を承諾します。		



その他特記事項

被保険者住所

本人の自筆または 介護保険証の写しを添付

後	
介	

【添付書類】郵送での提出の場合、次の書類を添付してください。

身延町切石117番地1

- □ 申請者の本人確認書類の写し(マイナンバーカード、運転免許証など、顔写真のあるもの)
- □ 被保険者の介護保険証の写し(被保険者本人の自筆ができない場合のみ)