

記載例

送付先変更の場合

後期高齢者医療 介護保険 各種通知類等送付先(変更)終了)申請書

身延町長
山梨県後期高齢者医療広域連合長 宛

「変更」に丸

受付印

次のとおり、後期高齢者医療及び介護保険に関する諸通知の送付先の(変更・終了)を申請いたします。なお、申請者以外から異議の申出及び被保険者に不利益が生じた場合は、私の責任において解決し、身延町および広域連合に一切迷惑を掛けないことを確約します。また、この内容に変更があった場合には、直ちに申請いたします。

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	ミノフ 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	090-0000-0000 (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	☐ マイナンバーカード ☒ 運転免許証 ☐ 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	介護保険 被保険者番号	3650123456	
	フリガナ	ミノフ タロウ		生年月日
	氏名	身延 太郎		
	住所 住民登録地	〒 409-0000 山梨県南巨摩郡身延町切石 000 番地		
	電話番号	0556-00-0000		

変更理由等

該当する理由にチェック✓してください。

- ☒書類管理ができないため
☐入院・入所中のため
☐送付先に滞在しているため
☐死亡のため

☐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 ☒ 申請者と同じにする場合は左にチェック

フリガナ	ミノフ ジロウ	続柄	次男
送付先氏名	身延 二郎	電話番号	090-0000-0000
送付先住所	〒 100-0000 ××県□□郡○○町▽▽000 番地 ハイッ○○000 号室		

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。		
	被保険者住所	身延町切石 117 番地 1	被保険者氏名
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		後 ☐ 介 ☒

印

後期高齢者医療保険も
変更の場合は両方にし点

【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

後期高齢者医療 介護保険 各種通知類等送付先(変更・終了)申請書

身延町長
山梨県後期高齢者医療広域連合長 宛

「終了」に丸

受付印

次のとおり、後期高齢者医療及び介護保険に関する諸通知の送付先の(変更・終了)を申請いたします。なお、申請者以外から異議の申出及び被保険者に不利益が生じた場合は、私の責任において解決し、身延町および広域連合に一切迷惑を掛けないことを確約します。また、この内容に変更があった場合には、直ちに申請いたします。

この申請書を提出する方
(法人等の場合は担当責任者)

フリガナ	ミノフ 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	090-0000-0000 (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	☐ マイナンバーカード ☒ 運転免許証 ☐ 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	介護保険 被保険者番号	3650123456	
	フリガナ	ミノフ タロウ		生年月日
	氏名	身延 太郎		
	住所 住民登録地	〒 409-0000 山梨県南巨摩郡身延町切石 000 番地		
	電話番号	0556-00-0000		

変更理由等

該当する理由にチェック✓してください。

- ☐書類管理ができないため
☐入院・入所中のため
☐送付先に滞在しているため
☐死亡のため

☒その他
(例) 本人が在宅に戻ったため)

☐ 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		電話番号	
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。		
	被保険者住所	身延町切石 117 番地 1	被保険者氏名
身延 太郎			印
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		後 ☐ 介 ☒

後期高齢者医療保険も
変更の場合は両方にし点

【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）