

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

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。

フリガナ			
申請者氏名 (窓口に来た方)		被保険者 との関係	
申請者住所	〒 ー		
電話番号		本人確認 書類	☐ マイナンバーカード ☐ 運転免許証 ☐ その他（ ）

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				
	フリガナ				生年月日	明治 大正 昭和
	氏名					年 月 日
	住 所 住民登録地	〒 ー				
	電話番号					

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 ()

☐ 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			

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	被保険者氏名	印

その他特記事項		後 ☐
		介 ☐

※この申請書は、広域連合及び身延町から送付する後期高齢者医療保険及び介護保険の通知書類(医療費通知・保険料納入通知書被保険者証等)の送付先を住民登録地以外へ変更する場合に記入するものです。