|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 後期高齢者医療被保険者番号 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 介護保険被保険者番号 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

送　付　先　変　更　申　立　書

（　登録　・　取消　）

令和　　　年　　　月　　　日

広島県後期高齢者医療広域連合長　様

広島市　　　　区長　様

〒　　　－

〈申立人 (届出人)〉　住所

氏名

被保険者との続柄

電話　　　　　　　－　　　　　　　　－

 下記の者の後期高齢者医療関係通知書及び介護保険被保険者証等の送付先を次の理由により変更してください。

記

･被保険者氏名　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　(　T ・ S　　　年　　　月　　　日生 )

･住民登録地　〒　　　－　　　　広島市　　　　区

･送付先住所　〒　　　－

* 申立人住所と同じ

(✔すれば送付先住所の記載を省略可)

･理由

《注意》１　変更の理由についてはできるだけ詳しく書いてください。

　　　　　　(例)　書類の管理が難しいため、入院・入所中のため、後見人（保佐人）専任のため など。

　　　　２　変更の理由がなくなったときはすみやかに申し出てください。

|  |
| --- |
| 収納対策部送付 |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 後期高齢 | 変更する区分 | 係 | 係 | 介護保険担当へ写しを□提供済□不要（理由：　　　　　　　　） |  |  |
| □　資　格 | 標準システム | 市町システム |
| □　給　付 |  |  |  |  |  |  |
| □　保険料 |  |  |  |  |  |  |
| 介護保険 | 変更する区分 | 係 | 照合 | 係長 |
| □　受給者 |  |  |  |  |  |  |  |
| □　給　付 |  |  |  |  |  |  |
| □　保険料 |  |  |  |  |  |  |  |  |

※いずれにも✔がない場合は全ての区分を変更、原本は後期高齢が保管