

後期高齢者医療・介護保険・重度障害者医療送付先変更届出書

年 月 日

(提出先)

*介護保険・重度障害者医療に関する送付先も
変更となります。

秦野市長

〒 -

(届出人) 住所 _____

新規 変更 取消

〒

後期高齢者医療制度のみ送付先変更

氏名 _____

(被保険者との続柄)

電話 _____

後期高齢者医療及び介護保険の送付先について、次のとおり届出いたします。

被保険者本人	後期高齢者医療 被保険者番号			
	氏名	生年月日		明/大/昭 .
	住所			
送付先 ※取消の場合は記載不要	住所	〒 - 都道府県 <input type="checkbox"/> 届出人と同じ 様方		
	電話番号			
	送付先変更の理由 (該当する事由に○ をしてください)	施設入所中 ・ 長期入院中 ・ 認知症 障害 ・ 住民票の異動困難 ・ 本人死亡 その他 ()		

(以下は、市町村記入欄)

入力	標準システム	Kシステム

期限設定

年 月 日 ~ 年 月 日

本人確認

免許証 保険証 その他 ()

*届出人の本人確認書類の添付が必要となります。

(例) 運転免許証、被保険者証などのコピー

窓口確認者 _____

記入例

後期高齢者医療・介護保険・重度障害者医療送付先変更届出書

年 月 日

(提出先)

***介護保険・重度障害者医療に関する送付先も変更となります。**

届出人 と 送付先は別でも、構いません。

新規、変更、取消のいずれかに
また、後期高齢者医療制度のみ変更を希望する場合はそちらにも

新規 変更 取消
後期高齢者医療制度のみ送付先変更

〒257-0015

(届出人) 住所 秦野市平沢101-1

カガナ ハノ ハコ

氏名 秦野花子 (被保険者との続柄 子)

電話 0463-84-3333

後期高齢者医療及び介護保険の送付先について、次のとおり届出いたします。

被保険者本人	後期高齢者医療 被保険者番号	1	2	3	4	5	6	7	8
	氏名	秦野太郎			生年月日	明/⊕/昭 10・10・10			
	住所	神奈川県秦野市桜町1丁目3番2号							
送付先 ※取消の場合は記載不要	住所	〒 257 -0015 都道 神奈川県秦野市平沢82 文化会館マンション101号室 <input type="checkbox"/> 届出人と同じ 秦野一郎 様方							
	電話番号	81-1211							
	送付先変更の理由 (該当する事由に○ をしてください)	施設入所中 ・ 長期入院中 ・ 認知症 障害 ・ 住民票の異動困難 ・ 本人死亡 その他 ()							

(以下は、市町村記入欄)

送付先設定の期間が決まっている場合は、その期間をご記載ください。
記載のない場合は受付日から取消の申し出を受けるまで有効となります。

入力	標準システム	Kシステム

期限設定	年 月 日 ~ 年 月 日
本人確認	<input type="checkbox"/> 免許証 <input type="checkbox"/> 保険証 <input type="checkbox"/> その他 ()

***届出人の本人確認書類の添付が必要となります。**

(例) 運転免許証、被保険者証などのコピー

窓口確認者 _____