

見本

後期高齢者医療・介護保険制度にかかる
被保険者証等の送付先変更願い

和光市長 様

埼玉県後期高齢者医療広域連合長 様

令和 年 月 日

申請者 フリガナ **ワコウ ジロウ**
氏名 **和光 次郎** (続柄: **子**)

住所 〒 *****-******

埼玉県市**-***-****

電話番号 *****-***-******

後期高齢者医療制度・介護保険制度にかかる被保険者証等の送付先を下記のとおりに変更したいので、申請いたします。

変更内容	<input checked="" type="checkbox"/> 新規 (新たに送付先を設定)	<input type="checkbox"/> 変更 (送付先を再設定)	<input type="checkbox"/> 解除 (送付先を削除)	
変更理由	<input checked="" type="checkbox"/> 書類の管理が困難	<input type="checkbox"/> 後見人に送付先変更が困難	<input type="checkbox"/> 送付先の変更が不要になった	
添付書類	裏面をご確認ください。			
変更期間	令和 ** 年 ** 月 ** 日 ~ 令和 年 月 日			
被保険者	氏名	和光 太郎	生年月日	昭和 ** 年 ** 月 ** 日
	(後期) 被保険者番号	*****	(介護) 被保険者番号	*****
	住所	〒 351-**** 埼玉県和光市広沢**-***-**		
新送付先	<input type="checkbox"/> 申請者が新送付先 (<input type="checkbox"/> にチェックが入らない場合は、下に記入してください。)			
	フリガナ 氏名		続柄	
	住所	〒	電話番号	

送付先の変更を終了する日が未定
の場合は、送付先の変更を開始する
日のみ記入してください。

- ・送付先を変更すること及び本紙を提出することについて、被保険者並びに新たな送付先は承知しています。
- ・送付先の変更や解除に伴う不利益は、全て被保険者及び申請者の責任とし、
埼玉県後期高齢者医療広域連合及び和光市に責任を問わないことを申し立てます。
- ・被保険者又は送付先の方が住民票の異動届を提出しても、本紙で変更した送付先は変わらず、
送付先の変更または解除をする場合には改めて、申請が必要なことを理解しています。
- ・本紙の内容について、和光市役所内後期高齢者医療保険及び介護保険の担当課所に情報提供することに
同意します。

年 月 日 署名(申請者): _____

添付書類一覧

新送付先	添付書類	役所使用欄
親族宅	<input checked="" type="checkbox"/> 被保険者の身分証明書の写し <input checked="" type="checkbox"/> 親族の身分証明書の写し	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
成年後見人	<input type="checkbox"/> 登記事項証明書 <input type="checkbox"/> 成年後見人の身分証明書の写し	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
介護施設等	<input type="checkbox"/> 被保険者の身分証明書の写し <input type="checkbox"/> 入所していることを明らかにする書類(領収書ど) <input type="checkbox"/> (施設の職員が申請する場合) 施設職員の社員証及び身分証明書の写し	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
医療機関 (長期入院)	<input type="checkbox"/> 被保険者の身分証明書の写し <input type="checkbox"/> 入院してることを明らかにする書類(領収書など) <input type="checkbox"/> (申請者が医療機関の職員の場合) 医療機関の社員証及び身分証明書の写し	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
自宅 (送付先解除)	<input type="checkbox"/> 被保険者の身分証明書の写し	<input type="checkbox"/>
		代理申請 添付書類
		<input type="checkbox"/>

《注意点》

- ・身分証明書は公的機関が発行したものに限ります。
- ・なお、顔写真の掲載が有る場合は1点、無ければ2点必要になります。
- ・親族が代理で申請する場合には、被保険者及び親族の身分証明書が必要になります。
- ・介護職員(ヘルパーなど)が代理で申請する場合には、社員証及び身分証明書が必要になります。

市役所 使用欄	介護給付	介護保険料	後期給付	後期保険料