

送 付 先 変 更 届 (新 規 ・ 変 更 ・ 終 了)

【あて先】 日野市長 ・ 東京都後期高齢者医療広域連合長

下記のとおり届け出ます。 届出日 年 月 日

注) 市税等の送付先変更を希望される場合は、別途届けが必要になります。

送付先を変更する制度について○を記入してください。

() 介護保険制度 () 後期高齢者医療制度 (現在の被保険者のみ届出可)

※ 被保険者証、通知等すべてのものの送付先が変更されます。一部のものだけを変更することはできません。

※ 両制度に届け出る場合は、いずれか1課に提出していただければ結構です。

※ ○の記入がある制度のみ変更します。

届出者

(フリガナ) 氏 名		被保険者との続柄
住 所	〒 電話番号(必須)	

※届出者本人であることを裏面記載の書類で確認します。郵送の場合は写しを添付して下さい。
成年後見人等である場合は、登記事項証明書等も必要です。

本届出書及び添付した上記の確認書類は、介護保険制度、後期高齢者医療制度共に必要な場合、複写して使用することに同意します。又、この送付先変更に関して問題が発生した場合、私の責任において解決します。

被保険者に関する事項

※被保険者番号が不明の場合は空欄で結構です

介護保険 被保険者番号		後期高齢者医療 被保険者番号	
(フリガナ) 氏 名		生年月日	明・大・昭 年 月 日 (満 歳)
住 所	〒 電話番号		

送付先を変更する理由

- ☐ 被保険者が郵便物の管理ができないため ☐ 被保険者が住所地に居住していないため
☐ 被保険者が入院している(する)ため ☐ 被保険者が死亡したため ☐ その他…下記に理由を記入

送付先に関する事項

- ☐ 届出者の住所に送付
☐ 下記へ送付(下欄にご記入下さい)

(フリガナ) 氏名		被保険者との続柄
住 所	〒 電話番号	

(裏面へ続きます)

届出者の本人確認書類・・・下記から1点
マイナンバーカード、運転免許証(経歴証明書)、パスポートなど顔写真付きのもの
顔写真付きのものがない場合は、健康保険証、介護保険証、介護負担割合証

※1 成年後見人等の場合は、登記事項証明書等の写しも一緒に添付してください

※2 保険証の写しを提出する場合は、記号・番号を黒塗りで隠してください

※3 ケアマネージャー、包括支援センター、介護施設、病院等の職員である場合は、本人確認の書類を、職員であることが確認できる職員証等1点で代用できます
(証等の形体によっては、施設等に電話確認する場合があります)

〒191-8686	日野市神明1-12-1	日野市	
介護保険制度	・・・	介護保険課	介護保険係 (直通電話)042-514-8509 介護給付係 (直通電話)042-514-8519
後期高齢者医療制度	・・・	保険年金課	高齢者医療係 (直通電話)042-514-8293

	七生支所受付印	受付者	受付課受付印	受付者	引受課受付印	引受者		
本人確認 ☐ マイナンバーカード ☐ 運転免許証 ☐ パスポート ☐ 保険証 ☐ その他()			☐ 成年後見人確認書類 ☐ 保佐人確認書類 ☐ その他確認書類		記録メモ			
入力・確認 チェック欄	e-SUITE		介護		e-SUITE		後期標準	
	入力	確認	入力	確認	入力	確認	入力	確認