

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)

