後期高齢者医療資格確認書等の送付先変更届出書 (新規・変更・廃止)

被保険者番号											太枠の中を記入してください。							
被保険者本人	<u>ふりがな</u> 氏 名			;						生	年月日	明	・大・昭 ・	•	性別	男・女		
者本人	住	,,,,																
送	ふりがな氏名送(あて名)										連絡先電話番						•	
付 先	被保険らみた		₹														$\frac{1}{2}$	
0	対先変の理由		□ 5	武課管 又納管	理帳票 理帳票	(保)	険料額 入通知	須決第 印書、	定通知 納付	印書、 寸書、	簡易申告 督促状等	告書 等)		せ等)				
対象期間			B.	との他	理帳票 年		類医療 月		申請:		た給決定证一一令和		等) 年	月	日		_	
座間市長 殿 (届出日)令和 年 月 日 送付先変更に伴う不利益について異議が生じても、私が全責任を持っ て解決することを誓約し、上記のとおり届出します。												日						
(届出人) <u>氏</u>			<u>名</u>							被保険者からみた続柄								
		住	所								電話番号							
	37 3 1			⇒ →	/m _ t <	7 FT 7:	1.0		VI.		1/03-7 5	_ ^ =	#== -	7 ~ 11. /		\		
本人確認書類			□免許	扯	□個人番	11年7月日	- F		旅券	山上	保証	コ介記	隻訛 □	その他(117 5) 2.15H		
															収受	žĦJ		

裏面の注意事項等についてもご確認ください。

送付先変更に関する注意事項

○ 送付先変更届を提出される場合、お届け人様の顔写真付本人確認書類の提示が必要 となります。

【例】 運転免許証、個人番号カード、パスポート等

※顔写真付本人確認書類がない場合・・・ 介護被保険者証、年金手帳、資格確認書等の2点

- すでに作成されている送付物に関しては、反映できない場合があります。
- 既に登録されている送付先の変更、または廃止を希望される場合は、以前お手続きい ただいたお届け人様による申請が必要となります。
- 送付先の変更については、被保険者の方が別の市町村に転出した場合は、転出先の 市町村において再度届出が必要となりますのでご注意ください。

お問い合わせ先 〒252-8566 座間市緑ケ丘一丁目1番1号 座間市 保険年金課 後期高齢者医療担当 TEL 046-252-7213 FAX 046-252-7043