

記入例

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	ふりがな	ざま たろう		生年月日	明・大・昭	性 別	男・女
	氏名	座間 太郎			5・5・5		
	住所	座間市座間〇丁目〇番〇〇号					
送 付 先	ふりがな	ざま はなこ		連絡先 電話番号	※日中連絡がつくところを記載してください。		
	氏名 (あて名)	座間 花子			090-0000-0000		
	被保険者からみた続柄	長女					
	住所	〒252-0000 座間市座間〇丁目〇番〇〇号					
送付先変更の理由	簡単に理由をお書き下さい (施設入所のため・死亡のため 等)						
対象書類	<input checked="" type="checkbox"/> 資格管理帳票 (資格確認書、基準収入額適用申請のお知らせ等) <input checked="" type="checkbox"/> 賦課管理帳票 (保険料額決定通知書、簡易申告書等) <input checked="" type="checkbox"/> 収納管理帳票 (納入通知書、納付書、督促状等) <input checked="" type="checkbox"/> 給付管理帳票 (高額医療費申請書、支給決定通知等) <input checked="" type="checkbox"/> その他						
対象期間	令和 年 月 日 ~ 令和 年 月 日						
座間市長 殿				(届出日) 令和 〇〇年 〇〇月 〇〇日			
送付先変更に伴う不利益について異議が生じて、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。					郵送日		
(届出人) 氏名		座間 花子		被保険者からみた続柄		長女	
住所		座間市座間〇丁目〇番〇〇号		電話番号		090-0000-0000	

本人確認書類	<input type="checkbox"/> 免許証	<input type="checkbox"/> 個人番号カード	<input type="checkbox"/> 旅券	<input type="checkbox"/> 国保証	<input type="checkbox"/> 介護証	<input type="checkbox"/> その他 ( )
<p>※送付先変更届を提出される場合、お届け人様の顔写真付身分証明書のコピーの添付が必要となります。</p>						<p>收受印</p>

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

座間市緑ヶ丘一丁目1番1号

座間市 保険年金課

後期高齢者医療担当

T E L 046-252-7213

F A X 046-252-7043