

記入例

被保険者の住所変更ができない・郵便局の転送届で対応できない場合など、被保険者証・保険料納入通知書等の住所地以外への送付を希望される方は、被保険者の住所地の市町村担当窓口へ提出してください。 ※提出時には申請人の身分証明の提示をお願いします。(郵送される場合は、身分証明のコピーを添付してください。)

後期高齢者医療被保険者証等の送付先変更申請書

令和 2 年 〇〇 月 〇〇 日

岡山県後期高齢者医療広域連合長 様

※注意事項をよく読んで記入し、必要書類を添付して提出してください。

申請人

住所 〇〇市〇〇町〇〇番地

押印してください。

被保険者との続柄

フリガナ コウイキ タロウ

1 本人

②親族(続柄 子)

氏名 広域 太郎

3 その他()

電話 〇〇〇—〇〇〇—〇〇〇

具体的に記載してください。

被保険者番号	0	1	2	3	4	5	6	7	被保険者の同意の押印
被保険者住所	〇〇市〇〇町〇〇番								申請人が被保険者以外の場合は、被保険者の同意確認のため、押印してください。ただし、申請人が三親等以内の親族の場合は省略可とします。
被保険者氏名	広域 花子								
送付先(新規設定・変更・解除)	〒 〇〇〇 - 〇〇〇〇			〇〇		都道府県		〇〇市	
	宛先	〇〇町〇〇番地							
	フリガナ	コウイキ タロウ							
	氏名	広域 太郎							
	電話	〇〇〇—〇〇〇—〇〇〇							
変更理由	<input type="checkbox"/> 入院のため		<input checked="" type="checkbox"/> 判断力低下のため		<input type="checkbox"/> 同居親族がいない				
	<input type="checkbox"/> 施設入所のため		<input type="checkbox"/> 家庭の事情のため		<input type="checkbox"/> 郵便局対応ができない				
変更書類希望	<input type="checkbox"/> 被保険者証のみ								理由)
	<input checked="" type="checkbox"/> 後期高齢者医療に係るすべての書類								
変更期限	令和 〇〇 年 〇〇 月 〇〇 日 から				<input type="checkbox"/> 当面の間(次回申請時まで)				
注意事項	<input checked="" type="checkbox"/> 期限なし								
	<input type="checkbox"/> 令和 年 月 日 まで								
	申請には、申請人の身分証明書(運転免許証、保険証等)が必要です。								
	被保険者との続柄については、どういった続柄かはっきりお(例)子、孫、妹、甥、成年後見人など。								
申請人が成年後見人、保佐人、補助人の場合には、証明書(写し可)を添付してください。									
被保険者の同意の押印については、申請人が三親等以内の親族で、申請人の本人確認ができる場合は省略できます。									
送付先欄(新規設定・変更・解除)内の該当する項目に○をつけてください。									
送付先変更の必要がなくなった場合や、更に送付先を変更する場合は再度申請が必要です。									

処理区分	被保険者証	
	資格管理帳票	
	賦課管理帳票	
	収納管理帳票	

本人確認	
書類名	
番号	

市町村	
受付印	受付者印