

被保険者の住所変更ができない場合や郵便局の転送届で対応できない場合などで、資格確認書等・保険料納入通知書等を住所地以外へ送付したい方は、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。※提出時には届出人の身分証明が必要となります。(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。)

記入例

後期高齢者医療資格確認書等の送付先変更申請書

令和 〇 年 〇〇 月 〇〇

岡山県後期高齢者医療広域連合

※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。

申請者(届出) 被保険者との続柄

住所 〇〇市〇〇町〇〇番地
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

届出者が被保険者本人以外の場合は、被保険者の同意確認のため、被保険者本人の直筆による署名か押印をしてください。
ただし、届出者が被保険者と住民票上同世帯の方の場合は省略することができます。

次の送付先に関する説明は私が責任を

被保険者番号	0	1	2	3	4	5	6	7	被保険者の同意の押印または署名	広域 花子		
被保険者住所	〇〇市〇〇町〇〇番地											
(フリガナ) 被保険者氏名	コウイキ ハナコ 広域 花子							生年月日	明治 大正 昭和 〇〇年〇〇月〇〇日			
新規設定・変更・解除 送付先	〒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							【被保険者との続柄】 1 本人 ② 申請者と同じ 3 その他()	
	氏 名			広域 太郎							① 自宅 2 勤務先 3 携帯 4 ()	
変更理由	☐ 入院のため			☒ 判断力低下のため			☐ 同居親族がいない					
	☐ 施設入所のため			☐ 郵便局対応ができない			☐ 住民異動届ができない					
	☐ 必要なくなったため			☐ 成年後見人・保佐人・補助人			☐ 死亡のため					
変更書類希望	☐ その他→理由()											
	☒ 後期高齢者医療に係るすべて			該当する項目にチェックし、その他の場合は理由を記載してください。								
	☐ 資格確認書・資格情報のお知らせのみ											
変更期間	令和 年 月 日 から			☐ 今回のみ								
				☒ 期限なし								
				☐ 令和 年 月 日								
注意事項	・申請には、申請者の本人確認書類(運転免許証、保険証等)が必要です。郵送で提出する場合はコピーを添付してください。											
	・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わかるように記載してください。(例)子、孫、妹、甥、成年後見人など。											
	・申請者が成年後見人、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又は署名」については、申請者が被保険者又は住民票上同世帯の方の場合は省略できます。申請者が住民票上別世帯の方の場合は省略することはできません。											
	・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	資格確認書・資格情報のお知らせ
	資格管理帳票
	賦課管理帳票
	収納管理帳票
	給付管理帳票

届出者の本人確認	
書類名	免 保 介 その他()

市町村	
受付印	受付者印

郵送で手続きをする場合は、コピーを添付してください。資格確認書等の写しを添付する場合は被保険者番号を黒塗し見えないようにしてください。