

介護保険 及び 後期高齢者医療保険 送付先変更申請書

令和 年 月 日

有田市長 様

和歌山県後期高齢者医療広域連合長 様

確認事項	被保険者本人が住民票住所以外の場所に長期間にわたり居住する場合等（生活の本拠が住民票住所以外となる場合）は、住民票の住所を変更していただきますようお願いいたします。	確認

次のとおり申請します。

介護保険・後期高齢者医療保険の送付先を変更します。※どちらかのみ送付先変更を希望する場合は、二重線で消してください。

介護保険	被保険者番号									
後期高齢者医療保険	被保険者番号									

※後期高齢者医療被保険者の資格がない方は申請できません。資格取得後に申請してください。

被 保 険 者	フリガナ		生年月日	明治・大正・昭和
	氏名			年 月 日
	住民登録地	〒	電話番号	

今後、送付先を次のとおりとしてください。なお、送付先申請を解除（住民票登録住所に戻す場合）は、再度申請が必要です。

送 付 先 設 定 欄	施設・病院名または氏名等				
	送付先住所	〒	電話番号		
	送付先変更期間	年 月 ~		年 月	

申請理由	
------	--

申 請 者	フリガナ		生年月日	明治・大正・昭和・平成
	氏名			年 月 日
	住所等	〒	電話番号	
	被保険者との続柄			

※申請者の身分証明書（運転免許証、保険証等）のコピーを添付してください。

本人以外の者からの申請は、本人の同意が必要です。

被保険者本人の同意欄	被保険者本人署名
署名が得られない場合の理由	

※市役所記入欄

申請者を確認した書類	運転免許証・介護保険証・後期保険証・パスポート・その他()	課長	係長	係	原本	<input type="checkbox"/> 介 <input type="checkbox"/> 後
被保険者を確認した書類	運転免許証・介護保険証・後期保険証・パスポート・その他()				コピー	<input type="checkbox"/> 介 <input type="checkbox"/> 後
システム入力確認						