

送付先届 { 新規・変更・解除 }

被保険者	後期高齢者医療	
番 号	介護保険	

年 月 日

埼玉県後期高齢者医療広域連合長 宛  
朝霞市長 宛

<届出人> 住所 \_\_\_\_\_  
氏名 \_\_\_\_\_

後期高齢者医療保険制度・介護保険制度に関する書類の送付先を、次のとおり変更したいので届出をします。

- ・ この送付先変更に関する届出は、被保険者ならびに送付先に説明済みです。
- ・ 送付先変更・変更解除に伴う不利益は、全て被保険者及び届出人の責任とし、埼玉県後期高齢者医療広域連合及び朝霞市に責任を問わないことを申し立てます。
- ・ 被保険者または送付先の方が、住民票の異動届を提出しても、変更した送付先は変わりません。

送付先の変更または解除をする場合は、再度、届出が必要です。

届出内容	新規： <input type="checkbox"/> 新たに送付先を設定する 変更： <input type="checkbox"/> 送付先人を変更する <input type="checkbox"/> 送付先人の届出住所を変更する 解除： <input type="checkbox"/> 送付先を住民票登録地に戻す			
変更理由	<input type="checkbox"/> 長期入院 <input type="checkbox"/> 施設入所 <input type="checkbox"/> 書類の管理が出来ないため <input type="checkbox"/> 後見人に送付 <input type="checkbox"/> 送付先変更の必要がなくなったため（解除の場合） <input type="checkbox"/> その他（理由： _____）  <input type="checkbox"/> 被保険者死亡→（ <input type="checkbox"/> 葬祭執行者を送付先に設定する <input type="checkbox"/> 葬祭執行者を送付先に設定しない）			
変更日	年 月 日			
被保険者	住所	〒 _____		
	氏名	_____		
	電話番号	_____	生年月日	大正・昭和 年 月 日
送付先	住所	〒 _____		
	フリガナ	_____		
	氏名	_____		
	電話番号	_____	続柄	_____

	受付者	入力者	確認者	受領印
市処理欄		【e介】 /	【e介】 /	受付者の印
		【e後】 /	【e後】 /	
		【広】 /	【広】 /	

届出人の本人確認書類（ \_\_\_\_\_ ）

届出人が被保険者本人ではない場合の委任の確認方法

委任状    後期被保険者証    登記事項証明書    施設入所証明書

