介護保険（後期高齢者医療保険）関係書類等送付先変更（終了）申出書

奥州市長　宛

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 被保険者の希望に基づき、  次のとおり送付先の変更（終了）を申出します。 | | | 申出年月日 | 令和　　年　　月　　日 |
| 申　出　者 | フリガナ |  | 本人との関係 | 本人・配偶者・子・孫  父母・その他（　　 　） |
| 氏　　名 |  |
| ※自署ではない場合、押印が必要です |
| 住　　所 | 〒　　　-    電話番号（　　　　）　　　　- | | |

※申出者が被保険者本人の場合は、住所を省略できます。

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 被　保　険　者 | 被保険者番号 | | 介護保険 | | | | | | | | | | | | 後期高齢者医療保険 | | | | | | | | |
| ０ | ０ | ０ |  |  |  |  | |  | |  |  | ０ | |  |  |  |  |  |  |  |
| フリガナ | |  | | | | | | | 生年月日 | | | | | | 明・大・昭　　年　　月　　日 | | | | | | | |
| 氏　　名 | |  | | | | | | |
| 性　　別 | | | | | | 男　・　女 | | | | | | | |
| 住　　所  被保険者証  記載の住所 | | 〒　　　-    電話番号（　　　）　　－ | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 送付先を  変更する  関係書類 | | 介護  保険 | １．すべての関係書類  ２．認定関係　　　　３．給付関係　　　　４．保険料関係 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 後期  高齢 | １．すべての関係書類  ２．保険証　　　　　３．給付関係　　　　４．保険料関係 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 保健事業 | １.すべての関係書類（問診票等）※ 健診結果通知書は、住所地に送付されます。 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 送付先を変更  する理由 | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 送　付　先 | 住　　所 | | □ 申出者と同じ（□にレ点を記入）  〒　　　-    電話番号（　　　　）　　　　- | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| フリガナ | |  | | | | | | | | | 本人との関係 | | | | | 本人・配偶者・子・孫  父母・その他（　　 　） | | | | | | |
| 宛名人 | |  | | | | | | | | |
| 変更開始（終了）年月日 | | | 令和　　年　　月　　日　　※申出年月日またはそれ以後の日付であること。 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

【注】１　この申出書は、市から送付される各種の介護保険（後期高齢者医療保険）及び保健事業関係書類について、特別な理由があることにより、本来の住所以外の場所へ送付を希望する場合に提出するものです。なお、この申出に基づく送付は、終了又は新たな変更の申出書が提出されるまで継続します。

　　　２　送付先を指定する特別の理由が認められないとき、送付先宛名人等の了解が得られないとき、通常郵便による送付が困難な場所を指定したときなどは、その申出を受理できない場合があります。

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| ※処理欄（記入不要） | | | | 入力年月日 | | | ・　　・ | | |
| 備　考 | 本人確認…　免・個・保・後・介・( )  写し… □後期・□保健ｾﾝﾀｰ・□不要  医療費助成…　あり・なし | 介護保険 | | | | 後期高齢者医療 | | | 保健事業 |
| 確認(認) | 確認(給) | | 確認(保) | 標準ｼｽﾃﾑ | | MCWEL |  |
|  |  | |  |  | |  |

※申請書原本は介護保険担当保管。写しを後期高齢者医療担当と保健事業担当に配布すること。

※医療費助成担当に送付先の変更申請が必要か確認のこと。