令和　　年　　月　　日

|  |  |
| --- | --- |
| 介護保険 | 等関連通知送付先変更届 |
| 後期高齢者医療保険 |

（申請先）新座市長

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 被保険者 | 氏名 |  | 生年月日 | 大・昭　　年　　月　　日 |
| 住所 | 〒　　－ | | |

下記の重要事項に同意し、次のとおり送付先の変更を届け出ます。

届出区分　□　新規　　□　変更　　□　終了

|  |  |
| --- | --- |
| 申請者氏名 | 続柄： |
| 変更書類 | □　介護保険　　□　後期高齢者医療保険 |
| 届出理由 | １　一時的に住民登録地と異なる住所に居住（入院）しているため  ２　その他（具体的な理由） |
| 送付先住所 | 〒　　　―  TEL － － |
| 送付先氏名 | □　上記申請者と同様（☑の場合は送付先氏名の記入は不要です）  続柄： |

〔重要事項〕

・　この届出の効力は介護保険及び後期高齢者医療保険関係の書類にのみ及ぶこと

・　申請者以外からの異議申立てがあった際には、申請者の責任において解決すること

・　一度届け出た送付先を再度変更、若しくは終了する場合は、既に届出のある申請者が、この様式により届け出ること

※身分証等により、申請者、送付先の本人確認等をさせていただきます（郵送の場合はコピー添付）。

＜以下市記入欄＞

□申請者の身分確認　□現在の送付先確認

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 介護 | | 長寿 | |
| 管理 | 調査給付 | 安サポ | 後期医療 |
|  |  |  |  |

被保険者番号：介護　　　　　　　　　　後期

|  |
| --- |
| 受付印 |
|  |