

後期高齢者医療制度 送付先変更届兼申立書

年 月 日

東京都後期高齢者医療広域連合長 殿  
武蔵野市長 殿

後期高齢者医療に関する一切の送付物について、下記のとおり送付してください。なお、この変更に伴い被保険者等との間で争いが生じた場合は、届出人が責任をもって解決することを申し立てます。

|      |        |      |  |  |  |  |  |  |      |                |   |   |   |
|------|--------|------|--|--|--|--|--|--|------|----------------|---|---|---|
| 被保険者 | 被保険者番号 |      |  |  |  |  |  |  | 生年月日 | 明治<br>大正<br>昭和 | 年 | 月 | 日 |
|      | 住 所    | 武蔵野市 |  |  |  |  |  |  |      |                |   |   |   |
|      | 氏 名    |      |  |  |  |  |  |  |      |                |   |   |   |
|      | 電話番号   |      |  |  |  |  |  |  |      |                |   |   |   |

|                                                   |                                                                                                                                                                                                                            |                                                                                                                                                                                              |                                                     |              |
|---------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------|--------------|
| 届出の内容                                             | 新 規                                                                                                                                                                                                                        |                                                                                                                                                                                              | <input type="checkbox"/> 新たに送付先を設定する                |              |
|                                                   | 現在送付先を<br>設定している方                                                                                                                                                                                                          | 変 更                                                                                                                                                                                          | <input type="checkbox"/> 送付先を変更する(旧送付先の了解を得ている場合のみ) |              |
|                                                   |                                                                                                                                                                                                                            | 解 除                                                                                                                                                                                          | <input type="checkbox"/> 送付先を住民登録地に戻す               |              |
| 届出の理由                                             | <input type="checkbox"/> 入院・施設入所 <input type="checkbox"/> 判断力低下 <input type="checkbox"/> 成年後見人・保佐人・補助人へ送付 <input type="checkbox"/> 死亡<br><input type="checkbox"/> 送付先変更の必要がなくなった(解除の場合) <input type="checkbox"/> その他(理由: ) |                                                                                                                                                                                              |                                                     |              |
| 変更する<br>期間                                        | 年 月 日 から 年 月 日まで<br>(終了日が未定の場合ご記入は不要ですが、送付先変更の必要がなくなった場合は解除の届出をしてください)                                                                                                                                                     |                                                                                                                                                                                              |                                                     |              |
| 届 出 人<br><br>身分証明書の<br>写しを添付して<br>ください。<br>(裏面参照) | 被保険者との<br>関係                                                                                                                                                                                                               | <input type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> 親族(続柄: ) <input type="checkbox"/> 病院・施設関係者、関係機関職員<br><input type="checkbox"/> 成年後見人、保佐人、補助人 <input type="checkbox"/> 本人から委任を受けた方(委任状あり) |                                                     |              |
|                                                   | 住 所                                                                                                                                                                                                                        | 〒                                                                                                                                                                                            |                                                     |              |
|                                                   | フリガナ                                                                                                                                                                                                                       |                                                                                                                                                                                              |                                                     |              |
|                                                   | 氏 名                                                                                                                                                                                                                        |                                                                                                                                                                                              |                                                     |              |
|                                                   | 電話番号                                                                                                                                                                                                                       |                                                                                                                                                                                              |                                                     |              |
| 送 付 先<br><br>届出人と同じ<br>場合は「同上」<br>と記入             | 住 所                                                                                                                                                                                                                        | 〒                                                                                                                                                                                            |                                                     |              |
|                                                   | フリガナ                                                                                                                                                                                                                       |                                                                                                                                                                                              |                                                     | 被保険者との続柄     |
|                                                   | 氏 名                                                                                                                                                                                                                        | (被保険者氏名 様分) 様 ※                                                                                                                                                                              |                                                     | 届出人と違う場合のみ記入 |
|                                                   | 電話番号                                                                                                                                                                                                                       |                                                                                                                                                                                              |                                                     |              |

※送付先が被保険者本人以外の場合は、宛名の最後に「(被保険者氏名 様分)様」と表記されます。

★ご記入前に裏面をよくお読みください

【処理欄】

☐ 添付書類(コピー)確認

標準システム

e-suite

|       |     |
|-------|-----|
| 受 付 印 |     |
| 入力者   | 受付者 |
|       |     |

## 後期高齢者医療制度 送付先変更届兼申立書 を提出される方へ

この書類を提出することにより、後期高齢者医療に関する送付物の送付先を変更することができます。

### ＜送付先変更の手続きに必要なもの＞

- 1 本届出書「後期高齢者医療制度 送付先変更届兼申立書」
- 2 届出人の身分証明書（※）の写し

（※）届出人により必要な身分証明書が異なります。

- ◆被保険者本人の場合
  - ・下記（表 1）に記載の身分証明書
- ◆親族の場合
  - ・下記（表 1）に記載の身分証明書
- ◆病院・施設・関係機関職員の場合
  - ・下記（表 1）に記載の身分証明書
  - ・病院・施設・関係機関職員であることがわかる職員証等
- ◆成年後見人等の場合
  - ・下記（表 1）に記載の身分証明書
  - ・成年後見人等の登記事項等証明書
- ◆被保険者本人から委任を受けた方の場合
  - ・下記（表 1）に記載の身分証明書
  - ・委任状（委任者＝被保険者本人が記入し、押印のあるもの）

（表 1）届出人の身分証明書

|                     |                                                                                                        |
|---------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 1 点でよいもの<br>（有効期限内） | マイナンバーカード、運転免許証、運転経歴証明書（平成 24 年 4 月 1 日以降のもの）、パスポート、写真付き住基カード、身体障害者手帳、その他官公署が発行する写真付き証明書。              |
| 2 点必要なもの<br>（有効期限内） | 公的医療保険の被保険者証、資格確認書、限度額適用・標準負担額減額認定証、介護保険被保険者証、年金手帳、住民票の写し、印鑑登録証明書など（注意：マイナンバー通知カードは身分証明書類としては使用できません）。 |

### ＜送付先変更に関する注意事項＞

- ・すでに発送準備が整っている書類に関しては、変更前の住所に届く場合があります。
- ・すでに設定されている送付先を変更する場合、必ず旧送付先の了解を得たうえでお手続きください（旧送付先の宛名の方が亡くなっている場合を除く）。
- ・届出人と送付先が異なる場合、必ず送付先の了解を得たうえでお手続きください。
- ・不備があった場合、その旨のご連絡をさせていただきますので改めてお手続きください。
- ・住民登録地以外に送付物を送付することが個人情報の管理等において問題があると判断される場合には、届出を受理できないことがあります。
- ・送付先として被保険者本人以外の方を登録する場合、宛名の後に「（被保険者氏名様分）」と表記されます。

（例）送付先宛名が武蔵太郎、被保険者が武蔵花子の場合→ 武蔵太郎（武蔵花子様分）様

### ご提出・お問い合わせ先

〒180-8777 武蔵野市緑町 2-2-28

武蔵野市保険年金課後期高齢者医療係 電話 0422-60-1913（直通）