

記入見本

介護保険・後期高齢者医療制度 送付先変更届兼申立書

東京都後期高齢者医療広域連合長 殿
武蔵野市長 殿

届出年月日

Y 年 M 月 D 日

下記のとおり送付先変更の届出をします。なお、送付先変更に伴う不利益が生じた場合は全て本人及び届出人の責任とし、

送付先を変更する項目の

☐に✓をお願いします。

武蔵野市広域連合の責任は問いません。

お読みください。

を添付してください。(裏面上部参照)

武蔵野市に送付する場合は、武蔵野市にレ印を入れてください。

届出対象項目	被保険者番号										主な送付先変更対象書類
☒ 介護保険	1	2	3	4	5	6	7	8	9	0	被保険者証、負担割合証、保険料額決定(変更)通知書、要介護認定結果通知 等
☒ 後期高齢者医療			1	2	3	4	5	6	7	8	資格確認書、保険料額決定(変更)通知書、督促状、催告書、医療費通知 等

届出内容	新規	☒ 新たに送付先を設定する
	変更	☐ 現在設定している送付先を変更する ☐ 旧送付先の上承を得ている
	解除	☐ 送付先を住民登録地に戻す ☐ 旧送付先の上承を得ている
届出理由	☐ 入院 ☒ 施設入所 ☐ 判断力の低下 ☐ 被保険者が死亡したため ☐ 家族の事情(介護等) ☐ 送付先人の住所変更 ☐ 成年後見人等に送付するため (除除の場合のみ)	
該当する項目に✓をお願いします。		

被保険者	フリガナ	シヤクショ タロウ	生年月日	Y 年 M 月 D 日
	氏名	市役所 太郎	電話番号	
	住所	(住民登録上の住所) 武蔵野市緑		
届出人	フリガナ	ホケン ハナコ	本人との関係	☐ 本人 ☒ 親族(続柄: 長女)
	氏名	(☐ 被保険者と同じ) 保険 花子	本人との関係	☐ 代理人(委任状あり) ☐ 成年後見人等
	住所	〒180-000× 武蔵野市吉祥寺○町△-○-△	電話番号	0422-××-××××
送付先	住所	(☒ 届出人と同じ) 〒	電話番号	
	氏名	(被保険者氏名 様分) 様 ※	本人との関係	

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

【処理欄】

標準システム

／

☐ 添付書類の写し(裏面参照)

e-suite

／

☐ 備考:☐ 届出対象が2課の場合、収受後写しを送付

受付印

1 送付先の変更手続に必要な書類について

① 本届出書「介護保険・後期高齢者医療制度 送付先変更届兼申立書」

② 届出人の本人確認書類の写し

※届出人が成年後見人等の場合は登記事項証明書の写し、任意後見人の場合は任意後見契約公正証書の写しも添付してください。

※病院・施設・関係機関職員の場合、職員であることがわかる職員証等の写しも添付してください。

届出人の本人確認書類

1点でよいもの	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、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	公的医療保険の資格確認書、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本人確認書類としては使用できません)。

③ 委任状(被保険者本人か、被保険者本人の代理権のある方による委任)

※被保険者本人または被保険者本人の代理権のある方が記入し、押印のあるもの。

※以下の方が届け出る場合、委任状の提出の必要はありません。

本人、親族、成年後見人、保佐人、補助人、任意後見人、ケアマネジャー

2 送付先となることができる方

変更後の送付先となることができる方は、原則、ご本人様とご親族様(民法第 725 条の規定による)、成年後見人等を選任されている方となります。

3 主な送付先変更対象書類

介護保険

① 資格・認定 対象者:第 1 号被保険者(65 歳以上)、認定申請している第 2 号被保険者(40~64 歳)

⇒ 被保険者証、要介護認定の更新手続きにかかるご案内、要介護認定関係通知、負担割合証 等

② 給付関係 対象者:要介護・要支援認定を受けている第 1 号、第 2 号被保険者

⇒ 高額介護サービス費、住宅改修、福祉用具(販売、貸与)、給付費に関する各種通知、負担限度額認定証、生計困難者等に対する利用者負担軽減関係通知 等

③ 保険料関係 対象者:第 1 号被保険者(65 歳以上)

⇒ 納入通知書等、介護保険料の納付に関する各種通知 等

(担当)高齢者支援課 介護保険係 ☎0422-60-1845 介護認定係 ☎0422-60-1866

後期高齢者医療

① 資格関係 対象者:75歳以上の被保険者、65歳以上で障害認定を受けて被保険者となった方

⇒ 資格確認書 等

② 給付関係 対象者:75 歳以上の被保険者、65 歳以上で障害認定を受けて被保険者となった方

(被保険者が亡くなった場合のご家族)

⇒ 高額療養費支給申請書、高額療養費支給決定通知書 等

③ 保険料関係 対象者:75歳以上の被保険者、65歳以上で障害認定を受けて被保険者となった方

(被保険者が亡くなった場合のご家族)

⇒ 保険料額決定(変更)通知書、催告書、督促状 等

(担当)保険年金課 後期高齢者医療係 ☎0422-60-1913

ご確認ください

・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上で手続きください。

・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。表記について不都合がある場合は、ご相談ください。