

介護保険・後期高齢者医療送付先(登録・修正・削除)変更届

令和 年 月 日

君津市長 様 ・ 千葉県後期高齢者医療広域連合長 様

次のとおり、介護保険及び後期高齢者医療に関する送付先を届出ます。

送付先変更に伴うトラブル等が生じた場合は、全て本人及び申請者が責任を持って対処します。

※君津市及び千葉県後期高齢者医療広域連合は、この届によって生じるいかなるトラブルや損害等について、その責を負いません。

申請者	フリガナ		本人との関係	<input type="checkbox"/> 本人	<input type="checkbox"/> 配偶者
	氏名			<input type="checkbox"/> 子	<input type="checkbox"/> 施設職員
	住所	〒		<input type="checkbox"/> その他	()
			電話番号	()	

被保険者	フリガナ		介護保険被保険者番号					
	氏名		後期高齢者医療被保険者番号					
	住所	〒		生年月日				
			明治・大正・昭和 年 月 日					

送付先は申請者住所と同じ

送付先	フリガナ		本人との関係	<input type="checkbox"/> 本人	<input type="checkbox"/> 配偶者
	氏名			<input type="checkbox"/> 子	<input type="checkbox"/> 入所施設
	住所	〒		<input type="checkbox"/> その他	()
			電話番号	()	

変更理由	<input type="checkbox"/> 被保険者本人が、死亡したため
	<input type="checkbox"/> 被保険者本人が、上記送付先に滞在しているため
	<input type="checkbox"/> 被保険者本人が、書類の管理を行えないため
	<input type="checkbox"/> その他()

送付先を変更する書類	<input type="checkbox"/> 介護保険関係書類
	<input type="checkbox"/> 後期高齢者医療関係書類

送付書類	<input type="checkbox"/> 資格関係書類(被保険者証、介護認定通知、高額介護サービス費支給決定通知等)
	<input type="checkbox"/> 給付関係書類(高額療養費申請書等) ※後期高齢者医療関係書類のみ設定できます
	<input type="checkbox"/> 保険料関係書類(保険料額決定通知、還付通知等)
	<input type="checkbox"/> 上記3項目全て(被保険者本人が死亡の場合はこちらを☑)

