

後期高齢者医療被保険者証等の送付先変更申請書

平成 年 月 日

岡山県後期高齢者医療広域連合長 様

申請人

被保険者との続柄 _____ 住所 _____
 1 本人 _____ フリガナ _____
 2 親族(続柄 _____) 氏名 _____ (印)
 3 その他(_____) _____
 電話 _____

被保険者番号		被保険者の同意の押印	(印)
被保険者住所			
被保険者氏名			
(新規設定・変更・解除)送付先	宛先	〒 _____ 都道府県	
		【方書】	
	フリガナ		【被保険者との続柄】
	氏名		1 本人 2 申請人と同じ 3 その他(_____)
	電話		1 自宅 2 勤務先 3 携帯 4 (_____)
変更理由	<input type="checkbox"/> 入院のため <input type="checkbox"/> 判断力低下のため <input type="checkbox"/> 同居親族がいない <input type="checkbox"/> 施設入所のため <input type="checkbox"/> 家庭の事情のため <input type="checkbox"/> 郵便局対応ができない <input type="checkbox"/> 住民異動届ができない <input type="checkbox"/> 必要なくなったため <input type="checkbox"/> その他 (理由 _____) (_____)		
送付先書類	<input type="checkbox"/> 被保険者証のみ <input type="checkbox"/> 後期高齢者医療に係るすべての書類 <input type="checkbox"/> その他(_____)		
変更期限	平成 年 月 日 から	<input type="checkbox"/> 当面の間(次回申請時まで) <input type="checkbox"/> 期限なし <input type="checkbox"/> 平成 年 月 日 まで	
注意事項	・申請には、申請人の身分証明書(運転免許証、保険証等)が必要です。 ・被保険者との続柄については、どういった続柄かはっきりわかるように記載してください。 (例) 子、孫、妹、甥、成年後見人など。 ・申請人が成年後見人、保佐人、補助人の場合には、証明書(写し可)を添付してください。 ・被保険者の同意の押印については、申請人が三親等以内の親族で、申請人の本人確認ができる場合は省略できます。 ・送付先欄(新規設定・変更・解除)内の該当する項目に○をつけてください。 ・送付先変更の必要がなくなった場合や、更に送付先を変更する場合は再度申請が必要です。		

処理区分	被保険者証	
	資格管理帳票	
	賦課管理帳票	
	収納管理帳票	
	給付管理帳票	

本人確認	
書類名	
番号	

市町村	
受付印	受付者印

記入例

被保険者の住所変更ができない・郵便局の転送届で対応できない場合など、被保険者証・保険料納入通知書等の住所地以外への送付を希望される方は、被保険者の住所地の市町村担当窓口へ提出してください。 ※提出時には申請人の身分証明の提示をお願いします。(郵送される場合は、身分証明のコピーを添付してください。)

後期高齢者医療被保険者証等の送付先変更申請書

平成 24年 〇〇月 〇〇日

岡山県後期高齢者医療広域連合長 様

※注意事項をよく読んで記入し、必要書類を添付して提出してください。

申請人

被保険者との続柄

1 本人

② 親族(続柄 子)

3 その他()

住所 〇〇市〇〇町〇〇番地

押印してください。

フリガナ コウイキ タロウ

氏名 広域 太郎

広域

電話 〇〇〇-〇〇〇-〇〇〇

具体的に記載してください。

被保険者番号	0	1	2	3	4	5	6	7	被保険者の同意の押印	広域
被保険者住所	〇〇市〇〇町〇〇番									申請人が被保険者以外の場合は、被保険者の同意確認のため、押印してください。ただし、申請人が三親等以内の親族の場合は省略可とします。
被保険者氏名	広域 花子									
新規設定・変更・解除 送付先	〒	〇〇〇	-	〇〇〇〇	〇〇	都道府県	〇〇市	宛先		
	〇〇町〇〇番地									
	該当する項目に○をしてください。解除の場合は送付先欄の記載不要です。									
	該当する項目に○をし、()内には具体的に記載してください。									
フリガナ	コウイキ タロウ									
氏名	広域 太郎									
電話	〇〇〇-〇〇〇-〇〇〇									
変更理由	<input type="checkbox"/> 入院のため			<input checked="" type="checkbox"/> 判断力低下のため			<input type="checkbox"/> 同居親族がいない			
	<input type="checkbox"/> 施設入所のため			<input type="checkbox"/> 家庭の事情のため			<input type="checkbox"/> 郵便局対応ができない			
送付先	<input type="checkbox"/> 住民異動届ができない			<input type="checkbox"/> 必要なくなったため			<input type="checkbox"/> その他 (理由)			
	該当する項目にチェックし、その他の場合は理由を記載してください。									
送付先	<input type="checkbox"/> 被保険者証のみ									
	<input checked="" type="checkbox"/> 後期高齢者医療に係るすべての書類									
変更期限	<input type="checkbox"/> その他()									
	平成 〇〇年 〇〇月 〇〇日 から					<input type="checkbox"/> 当面の間(次回申請時まで)				
注意事項	<input checked="" type="checkbox"/> 期限なし									
	<input type="checkbox"/> 平成 年 月 日 まで					申請には、申請人の身分証明書(運転免許証、保険証等)が必要です。				
注意事項	被保険者との続柄については、どういった続柄かはっきりね(例)子、孫、妹、甥、成年後見人など。									
	申請人が成年後見人、保佐人、補助人の場合には、証明書(写し可)を添付してください。									
注意事項	被保険者の同意の押印については、申請人が三親等以内の親族で、申請人の本人確認ができる場合は省略できます。									
	送付先欄(新規設定・変更・解除)内の該当する項目に○をつけてください。									
注意事項	送付先変更の必要がなくなった場合や、更に送付先を変更する場合は再度申請が必要です。									
	郵送の場合は、コピーを添付してください。									

処理区分	被保険者証	
	資格管理帳票	
	賦課管理帳票	
	収納管理帳票	
	給付管理帳票	

本人確認	
書類名	
番号	

市町村	
受付印	受付者印