

後期高齢者医療被保険者証等の送付先変更申請書

令和 年 月 日

岡山県後期高齢者医療広域連合長 様

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

被保険者番号		個人番号	
被保険者住所			
被保険者氏名		被保険者の同意の押印 又は署名	
(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 申請者と同じ 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 <input type="checkbox"/> 理由 _____)		
変更書類希望	<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	令和 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"/> 令和 年 月 日 まで	
注意事項	<ul style="list-style-type: none"> ・申請には、申請者の身分証明書(運転免許証、保険証等)が必要です。郵送で提出する場合は、写しを添付してください。 ・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。 ・「被保険者の同意の押印又は署名」については、申請者が被保険者又は住民票上同世帯の方の場合は省略できます。申請者が住民票上別世帯の方の場合は省略することはできません。 ・申請者が成年後見人、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。 ・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	
	給付管理帳票	

本人確認	
	免 保 介
書類名	その他(_____)

市町村	
受付印	受付者