

# 記入例

年 月 日

木更津市保険年金課 宛

申請者 住 所 木更津市朝日3丁目10番19号  
氏 名 木更津 花子  
電話番号 0438 ( 23 ) 7024  
被保険者との関係 長女

## 後期高齢者医療関係書類送付先変更届出書

後期高齢者医療関係書類について、下記の事由により住民登録地での受取りが困難であるため、送付先を変更するよう届け出ます。

なお、この送付先変更に関する事項は、被保険者（又はその関係者）並びに送付先に説明済みであり、生じた問題に対する責任は、申請者である私が負うことに同意します。

### ①送付先を変更する被保険者

被保険者番号	1	1	1	1	1	1	1	1
住 所	木更津市富士見1丁目2番1号							
氏名	フリガナ キサラヅ タロウ				生年 月日	〇〇年 〇月 〇日		
	木更津 太郎							
送付先変更の理由	該当する理由に <input checked="" type="checkbox"/> を付けてください。 <input checked="" type="checkbox"/> 本人が書類の管理が困難なため。 <input type="checkbox"/> 本人が施設に入所したため。 <input type="checkbox"/> 本人が送付先住所に滞在しているため。 <input type="checkbox"/> その他 ( )							
変更を希望する書類	<input checked="" type="checkbox"/> 保険証関係書類 <input checked="" type="checkbox"/> 給付関係書類 <input checked="" type="checkbox"/> 保険料関係書類							
変更期間	<input checked="" type="checkbox"/> 期限なし <input type="checkbox"/> 期限あり ( 年 月 日 ~ 年 月 日 ) <input type="checkbox"/> 今回のみ ※期限ありの場合、期限後は住民登録地に送付されますのでご注意ください。							

### ②変更後の送付先 ※申請者と同じ場合は記入不要

住 所	〒	—
	都・道・府・県	市・区・町・村
	( ) 様方) ←送付先宛名と表札が異なる場合は、必ず記入してください。	
電話番号	( )	
被保険者との関係	<input type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> 親族(続柄: ) <input type="checkbox"/> 成年後見人等 <input type="checkbox"/> その他( )	