

年 月 日

木更津市保険年金課 宛

〒  
住 所  
申請者 氏 名  
電話番号 ( )  
被保険者との関係

### 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    |                                                                                                                                                                                               |  |  |           |       |  |  |  |
| 住 所       | 木更津市                                                                                                                                                                                          |  |  |           |       |  |  |  |
| 氏 名       | フリガナ                                                                                                                                                                                          |  |  | 生年<br>月 日 | 年 月 日 |  |  |  |
|           |                                                                                                                                                                                               |  |  |           |       |  |  |  |
| 送付先変更の理由  | 該当する理由に☑を付けてください。<br><input type="checkbox"/> 本人が書類の管理が困難なため。<br><input type="checkbox"/> 本人が施設に入所したため。<br><input type="checkbox"/> 本人が送付先住所に滞在しているため。<br><input type="checkbox"/> その他<br>( ) |  |  |           |       |  |  |  |
| 変更を希望する書類 | <input type="checkbox"/> 資格確認書関係書類 <input type="checkbox"/> 給付関係書類 <input type="checkbox"/> 保険料関係書類                                                                                           |  |  |           |       |  |  |  |
| 変更期間      | <input type="checkbox"/> 期限なし<br><input type="checkbox"/> 期限あり ( 年 月 日 ~ 年 月 日 )<br><input type="checkbox"/> 今回のみ<br>※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      | 〒 ー<br>都・道・府・県 市・区・町・村<br>( 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( ) |