

介護保険・後期高齢者医療保険 通知書類等送付先変更届

高知県後期高齢者医療広域連合長 様
 南国市長 様

介護保険・後期高齢者医療保険に係る通知書等につきまして、下記の送付先変更を届け出ます。
 届け出による不利益等は、被保険者本人及び届出者が責任をもって対処し、貴市及び貴連合に迷惑をかけることを申し添えます。

※尚、本変更届により送付先を変更される通知書類には、保険料の賦課等、大変重要な書類等も含まれますのでその旨ご了承をお願いします。

届出年月日	令和 年 月 日	<input type="checkbox"/> 開始 <input type="checkbox"/> 終了 <input type="checkbox"/> 変更
送付先変更項目	<input type="checkbox"/> 介護保険 <input type="checkbox"/> 後期高齢者医療保険	
届出者	フリガナ	
	氏名	被保険者との続柄
	住所	〒
	電話番号 () -	

被保険者	番号	介護		後期	
	フリガナ			生年月日	明・大・昭 年 月 日
	氏名				
	住所	〒			
		電話番号 () -			
送付先有効期間	指定がある場合のみ記入してください。 令和 年 月 日 ~ 令和 年 月 日				
変更理由 (宛名を変更する場合はその理由)	被保険者以外による届出の場合は必ず理由を記入してください。 記入例：本人が施設入所により自宅に誰も居ないので郵便物の管理ができないため。				
変更後の送付先	住所	〒			
			電話番号 () -		
	フリガナ			被保険者との続柄	
氏名					

市記入欄

届出人確認書類	受付者	入力者	確認者	備考
<input type="checkbox"/> 運転免許証 <input type="checkbox"/> 健康保険証 <input type="checkbox"/> 介護保険証 <input type="checkbox"/> 年金手帳 <input type="checkbox"/> 障がい者手帳 <input type="checkbox"/> 住基カード <input type="checkbox"/> 登記事項証明書原本又はその写し <input type="checkbox"/> その他 ()				
	郵送 <input type="checkbox"/>			

※確認書類に顔写真がない場合は2種類必要です。郵送の場合は上記確認書類の写しを同封してください。

提出先：〒783 - 8501 高知県南国市大桶甲 2301 番地

南国市役所 長寿支援課 TEL：088 - 880 - 6556