

記入例 被保険者による書類管理が困難な場合

後期高齢者医療資格確認書等の送付先変更届出書
(**新規** ・ 変更 ・ 廃止)

被保険者番号		1	2	3	4	5	6	7	8	
被 保 険 者 本 人	ふりがな	千ガサキ タロウ				生年月日	明・大(昭)	性別	男・女	
	氏名	茅ヶ崎 太郎					11・1・1			
	住所	茅ヶ崎市茅ヶ崎1-1-1								
送 付 先	ふりがな	千ガサキ イチロウ				連絡先 電話番号	045-111-1111			
	氏名 (あて名)	茅ヶ崎 一郎								
	住所	〒221-0052 神奈川県横浜市神奈川区栄町8-1 方								
送付先変更 の理由	本人の書類管理が困難なため									
対象書類	<ul style="list-style-type: none"> ・資格管理帳票（資格確認書、基準収入額適用申請のお知らせ等） ・賦課管理帳票（保険料額決定通知書、簡易申告書等） ・収納管理帳票（納入通知書、納付書、督促状等） ・給付管理帳票（高額療養費支給申請書、支給決定通知等） ・その他 									
対象期間	令和 年 月 日 ~ 令和 年 月 日 (※期間を定めない時は記載しない)									
市区町村長 殿					(届出日)					
上記のとおり届出いたします。					令和 7 年 4 月 1 日					
(届出人) 氏名 茅ヶ崎 一郎					被保険者との続柄 子					
住所 横浜市神奈川区栄町8-1					連絡先電話番号 045-111-1111					

※注意 送付先の変更については、被保険者の方が別の市町村に転出した場合は、転出先の市町村において再度届出が必要となりますのでご注意ください。

本人確認書類	<input type="checkbox"/> 免許証 <input type="checkbox"/> 旅券 <input type="checkbox"/> 写真付個人番号カード <input type="checkbox"/> その他顔写真付証明書 ()									
	<input type="checkbox"/> 介護保険証 <input type="checkbox"/> 資格確認書 <input type="checkbox"/> 年金手帳 <input type="checkbox"/> その他公的証明書 ()									
							収受印			