

介護保険・国民健康保険・後期高齢者医療制度関係通知 送付先変更届

新規 ・ 変更 ・ 解除

板橋区長

東京都後期高齢者医療広域連合長 あて

いずれかにチェックを入れてください

成年後見制度の利用による介護保険及び国民健康保険、後期高齢者医療制度に関する諸通知の送付先変更について、裏面「送付先変更を届出される方へ」の注意事項に同意した上で、次のとおり届出します。

●送付先を変更する被保険者等

届出年月日 ○年 ○月 ○日

氏名		*「国民健康保険」は、世帯主(納付義務者)宛に送付するため、世帯員についての送付先変更はできません。											
氏名		板橋 太郎											
生年月日		大 昭 平 ○年 ○月 ○日											
住所		〒 173-8790 板橋区板橋2-66-1-206 イタバシマンション											
<input checked="" type="checkbox"/>	介護保険	被保険者番号	0	0	0	1	2	3	4	5	6	7	△
	<input checked="" type="checkbox"/> 全ての通知												
<input checked="" type="checkbox"/>	国民健康保険	記号番号	記号	1	9	-	1	2	番号	3	4	5	6
	<input type="checkbox"/> 全ての通知												
	<input checked="" type="checkbox"/> 資格関係通知・医療証関連書類(資格確認書・資格情報通知書・高齢受給者証・限度額認定証・特定疾病証)												
<input type="checkbox"/> 保険料関連書類()													
<input type="checkbox"/> 高額療養費等、給													
送付先変更を希望する制度の各チェック欄と必要事項を記入してください													
<input type="checkbox"/>	後期高齢医療制度												
	<input type="checkbox"/> 全ての通知												
<input type="checkbox"/> 送付先変更期間 年 月 日 ~ 年 月 日													
※即日希望の場合は13番窓口までお願いいたします。それ以外は翌週以降から適用されます。													

●変更後の送付先

住所	〒 335-0023 埼玉県戸田市本町〇-〇-〇-305 カイゴマンション										
宛名	介護 花子										

●届出人

氏名	介護 花子					電話番号	03-1234-XXXX				
住所	〒 <input checked="" type="checkbox"/> 送付先と同じため、住所の記入省略										

受付印

●添付資料

添付した資料にチェックしてください

- 届出人(成年後見人等)の本人確認書類(写し)
- 成年後見人等の登記事項証明書の写し(保佐人、補助人は代理行為目録の写しも必要)
- 法人が成年後見人等になっている場合は、社員証の写し等

※裏面の注意事項もお読みください。