

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							
被保険者本人	ふりがな				大正・昭和	性別	男・女
	氏名				生年月日		
	住所						
送付先	ふりがな				日中の 連絡先 電話番号		
	氏名 (あて名)						
	住所	〒 _____ 方					
送付先変更 の理由 (具体的にご記入 ください)	<input type="checkbox"/> 死亡のため <input type="checkbox"/> 施設入所のため <input type="checkbox"/> 書類管理ができないため <input type="checkbox"/> その他 (_____)						
対象期間	_____ 年 _____ 月 _____ 日 ~ _____ 年 _____ 月 _____ 日 <input type="checkbox"/> なし						
次の書類も併せて送付先の変更を希望します。 <input type="checkbox"/> 介護保険関係書類							
三浦市長 殿 上記のとおり届出いたします。 なお、この届出について、被保険者は承知しており、関係者への説明等は私が責任をもって行いますので、三浦市に一切ご迷惑はおかけしません。 <div style="text-align: right;">(届出日)</div> <div style="text-align: right;">_____ 年 _____ 月 _____ 日</div> (届出人) 氏名 _____ 被保険者との続柄 _____ 住所 _____ 日中の連絡先電話番号 _____							

注意 ※送付先の変更については、神奈川県内での住所変更の場合は登録事項を引き継ぎます。被保険者の方や送付先の方が別の住所に転居等をした場合や送付先変更が不要になった場合等は、再度届出が必要となりますので、ご注意ください。
 ※届出者の本人確認書類（運転免許証、マイナンバーカード等）をご提示ください。（郵送時は写し添付）（申請者が成年後見人等の場合、登記事項証明書（写し可）を併せて添付してください。）

届出者の確認書類	<input type="checkbox"/> 免許証 <input type="checkbox"/> 旅券 <input type="checkbox"/> 資格確認書 <input type="checkbox"/> 介護証 <input type="checkbox"/> マイナンバーカード <input type="checkbox"/> その他 (_____)						
備考							収受印