

送付先変更届出書(新規・変更・廃止)

【介護保険・後期高齢者医療】※該当する項目に○をしてください。

(宛先) 幸区長

(住所) _____

下記のとおり届出いたします。

私は、次の理由により住民登録地とは別の場所に文書等の送付を希望します。また、この送付先の変更・廃止については、別途届出します。なお、他の市町村に転出した場合は、転出先の市町村にて再度届出を行います。

(電話番号) _____

(氏名) _____ 印

(被保険者との関係) 本人・本人以外(_____)

被 保 險 者 本 人	被保険者番号	介 護	0	0	0							後 期						
	フリガナ										生 年 月 日	明・大・昭	性 別	男・女				
	氏名																	
	住所	川崎市幸区																
送 付 先	変更後送付先	〒 電話番号 () 方																
	宛先	本人・本人以外 [フリガナ氏名 被保険者との関係]																
	変更前送付先	〒 方																
送付先変更の理由		<input type="checkbox"/> 住所地に居住していないため <input type="checkbox"/> 高齢・疾病等で書類の管理が困難なため <input type="checkbox"/> 施設・病院等に入所中のため <input type="checkbox"/> 後見人送付先(要添付書類) <input type="checkbox"/> 死亡後送付先 <input type="checkbox"/> その他(具体的にご記入ください) [

届出人本人確認書類		<input type="checkbox"/> 免許証 <input type="checkbox"/> 旅券 <input type="checkbox"/> 個人番号カード <input type="checkbox"/> 各種健康保険証 <input type="checkbox"/> 介護保険証 <input type="checkbox"/> その他 ()																	
送付先住所確認		<input type="checkbox"/> 届出人本人確認書類 <input type="checkbox"/> 施設 <input type="checkbox"/> その他 ()															收受印		
受付	認定担当	給付担当	認定給付係長	高齢・障害課長	介護保険料担当	後期高齢者担当	後期・介護保険料係長	保険年金課長											
備考																			
システム入力確認欄		(介護保険関係) <input type="checkbox"/> 介護保険システム (後期高齢者医療関係) <input type="checkbox"/> MCWEL (後期高齢者医療システム) 関連出力帳票 (納入通知書、納付書、口座開始のお知らせ、還付充当通知書、督促状等) <input type="checkbox"/> 標準システム出力帳票 (資格関係(被保険者証を除く)、給付関係、医療費通知等)																	