

送付先（登録・変更・解除）申請書 兼 確約書

兵庫県後期高齢者医療広域連合長 様

洲本市長 様

次のとおり  後期高齢者医療関係書類  
 介護保険関係書類  
 福祉医療関係書類 } の送付先の（登録/変更/解除）を申請します。

なお、申請者以外から異議の申し出があったときは、私の責任において解決し、貴広域連合及び貴市には一切のご迷惑をおかけしないことを確約します。また、この内容に変更があった場合には、直ちに申請、届出します。

申請年月日	令和 年 月 日	申請者等 確認書類	運転免許証・旅券・その他( ) 記号番号:
確約人氏名 (申請者)		被保険者等 との続柄	
確約人住所 (申請者住所)	〒 電話番号 ( ) -		
申請理由	<input type="checkbox"/> 書類管理ができないため <input type="checkbox"/> 本人死亡のため <input type="checkbox"/> 入院・入所中のため <input type="checkbox"/> その他 ( )		
開始日 (※遡及不可)	令和 年 月 日から	終了日	<input type="checkbox"/> 年 月 日まで <input type="checkbox"/> 内容変更があるまで

**注意事項**

- ・後期高齢者医療において、資格・賦課・収納・給付の特定の書類の送付先のみ変更される場合は申し出て下さい。
- ・介護保険において、被保険者証・介護給付費通知・高額介護サービス費通知・償還払い支給決定通知・保険料関係の特定の書類の送付先のみ変更される場合は申し出て下さい。
- ・申請者が成年後見人等の場合は、登記事項証明書(写)も添付して下さい。
- ・送付先を元に戻す場合も再度解除の申請が必要になります。

被 保 険 者 等	後期被保険者番号							
	介護被保険者番号	0	0	0				
	福祉医療受給者番号							
変 更 送 付 先	フリガナ			生年月日	年 月 日			
	氏名							
	住所	〒 電話番号 ( ) -						
変 更 送 付 先	フリガナ			(被保険者等並びに確約人以外の住所に送付先を設定する場合)送付先に設定する者と被保険者の続柄				
	氏名	<input type="checkbox"/> 被保険者と同じ						
	住所	〒 電話番号 ( ) -						

処 理 欄	受付日	令和 年 月 日	保険医療課		介護福祉課	
	受付者		入力	受付印	入力	受付印
	意思確認者等の	<input type="checkbox"/> 委任状 <input type="checkbox"/> 電話確認 <input type="checkbox"/> その他 <input type="checkbox"/> 意思確認不能 <input type="checkbox"/> 登録通知差止		確認	確認	
	その他確認書類名 ( ) 意思確認不能理由等 ( )	確認者:				