

送付先変更依頼書

受付印

各務原市長 あて

下記被保険者(受給者)へ送付される書類の送付先変更を依頼します。

また、内容に変更が生じたときは改めて届出します。

年 月 日

届 出 人	住所	(〒 -)
	ふりがな	
	氏名	
	電話番号	() -
	被保険者との関係	

被 保 険 者 (受 給 者)	住所	(〒 -)
	ふりがな	生 年 月 日
	氏名	年 月 日

送付先を変更する書類に☑し、番号を記入してください。	送付先変更依頼科目	被保険者番号(受給者資格者番号)
	<input type="checkbox"/> 介護保険	
	<input type="checkbox"/> 福祉医療	
	<input type="checkbox"/> 後期高齢者医療	

変更理由 入院中・入所中・管理ができない・解除・その他 ()

送 付 先	<input type="checkbox"/> 届出人と同じ	
	住所	(〒 -)
	ふりがな	
	氏名	
	電話番号	() -
	届出人との関係	

【添付書類】 ※必ず、下記の必要書類を添付してください。

- 届出人の本人確認書類(マイナンバーカード等)の写し
- 送付先の方の本人確認書類の写し(届出人と送付先の方が異なる場合)
- 送付先住所が確認できる書類(本人確認書類と送付先の住所が異なる場合)
- 登記に関する証明書(届出人が後見人の場合)

市 処 理 欄	【本人確認書類の写し】 1点: <input type="checkbox"/> マイナンバーカード <input type="checkbox"/> 運転免許証 <input type="checkbox"/> パスポート <input type="checkbox"/> 身体障害者手帳等 <input type="checkbox"/> 在留カード <input type="checkbox"/> その他() 2点: <input type="checkbox"/> 被保険者証 <input type="checkbox"/> 年金手帳 <input type="checkbox"/> 各種年金証書 <input type="checkbox"/> 学生証 <input type="checkbox"/> キャッシュカード等 <input type="checkbox"/> その他()	受付者サイン	処理者サイン
		高齢介護課	
		医療保険課	