

国民健康保険・後期高齢者医療保険・介護保険 送付先変更届

記入例

記入日

令和 △△年 ○月 ×日

玉野市長 殿
岡山県後期高齢者医療広域連合長 殿

該当するものに○をつけてください。

■送付先を変更する書類の種類に○をつけてください。

| | | | |
|--------------------------------------------------------|--------------------|----------------------------|-----------|
| 国民健康保険 | 全般 | 後期高齢者医療保険 | 資格関連 ・ 全般 |
| 介護保険 | 資格給付関連（介護給付費通知を除く） | | 保険料関連 |
| 国民健康保険、後期高齢者医療保険の送付先を変更する場合には、被保険者の保険証の写しを必ず添付してください！！ | 住所 | 〒706-8510 玉野市宇野1-27-1 | |
| | フリガナ | タマノ タロウ | |
| | 氏名 | 玉野 太郎 | |
| | 生年月日 | 明治 大正 昭和 平成 ○○年 ○○月 ○○日 | |
| | 電話番号 | △△△△ - ○○ - ×××× | |
| | 被保険者番号 | 国民健康保険 | |
| | 後期高齢者医療保険 | | |
| | 介護保険 | 12345 | |

住民票上の住所をご記入ください。

被保険者本人についてご記入ください。

※届出が上記被保険者でない場合、届出人に委任します。

届出人の身分証明書の写しを必ず添付してください！！

この届出による不利益は全て被保険者及び届出人の責任とし、玉野市に

下記のいずれかに○をつけてください。

| | | | | |
|------|---------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------|--------|
| 届出人 | 保険者との続柄 | 本人 | 親族（続柄：長女） | その他（ ） |
| | 住所 | 〒000-0000 □□県□□市××町△△△番地 | | |
| | フリガナ | タマノ ハナコ | | |
| | 氏名 | 玉野 花子 | | |
| 送付先 | 電話番号 | □□□ - △△△ - ×××× | | |
| | 住所 | 〒000-0000 ××県□□市△△町○○-×番地 | | |
| | フリガナ | ホケン ジロウ | | |
| | 氏名（方書） | 保険 次郎 | | |
| 変更理由 | 電話番号 | □□□ - ××× - 0000 | | |
| | 変更理由 | <input type="checkbox"/> 入院のため <input type="checkbox"/> 施設入所のため <input checked="" type="checkbox"/> 家族の事情のため（介護等） <input type="checkbox"/> 判断力低下のため <input type="checkbox"/> 後見人に送付 <input type="checkbox"/> 送付先の必要がなくなったため（解除の場合のみ） <input type="checkbox"/> その他（ | | |

届出人と同じ送付先の場合は、「同上」とご記入ください。

いずれかに○をつけてください。

いずれかにチェック☑をつけてください。
※上記以外の理由では変更できません。

※裏面の注意事項をよくお読みください。

注意事項

| | |
|----|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 1 | この届出書には、 届出人の身分証明書の写しを必ず添付してください。 (例：運転免許証のコピー、マイナンバーカード(表面)のコピー) なお、 届出人が成年後見人、保佐人、補助人の場合には、証明書(写し可)を添付してください。 |
| 2 | 国民健康保険、後期高齢者医療保険の送付先を変更する場合には、被保険者本人の保険証の写しを必ず添付してください。 |
| 3 | 送付先欄(新規・変更・解除)内の該当する項目に○を付けてください。 |
| 4 | 不備の場合、届出を受けることはできません。その旨のご連絡をさせていただきますので、あらためて手続きが必要となります。 |
| 5 | 住所地以外に被保険者証等を送付することが個人情報等の管理等において問題があると判断した場合には、送付先を変更できない場合があります。 |
| 6 | 送付先が再度変更になる場合、または送付先の設定を解除する場合には、速やかに届け出てください。 |
| 7 | 送付先に送付したにも関わらず、書類が返戻された場合、送付先登録を削除し、住所地に送付します。 |
| 8 | 送付先指定に伴う不利益は全て被保険者及び届出人の責任とします。 |
| 9 | 国民健康保険に関しましては、この送付先を設定すると、納付も含めその世帯員の書類全てが送付先に送付され、別途送付先を設定することができませんので、ご了承ください。 |
| 10 | 国民健康保険の送付先を変更された方 に関しましては、原則として 年度ごとに送付先変更の更新が必要 となりますので、ご了承ください。 |
| 11 | 介護保険 に関しましては、この送付先の設定で、 一部送付先を変更ができない書類 がありますので、ご了承ください。 |
| 12 | 不明な点がございましたら、下記担当までお問い合わせください。 |

問い合わせ先

〒706-8510 玉野市宇野1丁目27番1号

■国民健康保険・後期高齢者医療保険に関すること

保険年金課 TEL 0863-32-5528

FAX 0863-32-5563

■介護保険に関すること

長寿介護課 TEL 0863-32-5537・5534

FAX 0863-32-5526

(玉野市処理欄)

| 保険年金課 (原本 ・ コピー) | | | | 長寿介護課 (原本 ・ コピー) | | | | |
|--------------------|----|------|-------|--------------------|----|------|-------|-------|
| 課長 | 参事 | 課長補佐 | 保険年金係 | 保険料係 | 課長 | 課長補佐 | 介護保険係 | 介護管理係 |
| | | | | | | | | |

(備考・経過記録)

担当者
(入力者)