

後期高齢者医療保険等送付先変更届出書

年 月 日

京都府後期高齢者医療広域連合長 宛て
木津川市長 宛て

後期高齢者医療等（重度心身障害老人健康管理事業対象者は重度心身障害老人健康管理事業に係る書類も含む）に関する一切の書類の送付先を次のとおり変更します。

なお、この送付先変更に関する事項は、被保険者（またはその関係者）並びに送付先に説明済みであり、問題が生じた場合は届出人が対応し、解決することを誓約します。

| | | | | | | | | | | |
|------|--------|-----------|--|--|--|--|--|--|--|--|
| 被保険者 | 被保険者番号 | | | | | | | | | |
| | 住所 | 〒 一 | | | | | | | | |
| | フリガナ | | | | | | | | | |
| | 氏名 | | | | | | | | | |
| | 生年月日 | 大・昭 年 月 日 | | | | | | | | |
| | 電話番号 | | | | | | | | | |

| | | | | | | | | | | |
|-------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------|--|--|--|--|--|--|--|--|
| 届出人 | 住所 | 〒 一 | | | | | | | | |
| | フリガナ | | | | | | | | | |
| | 氏名 | | | | | | | | | |
| | 電話番号 | | | | | | | | | |
| | 被保険者との関係 | 本人・子・その他() | | | | | | | | |
| 送付先 〔新規 変更 喪失〕 | 住所 | <input type="checkbox"/> 届出人と同じ 〒 一 | | | | | | | | |
| | フリガナ | | | | | | | | | |
| | 宛名の表記 | 様方 様 | | | | | | | | |
| | 電話番号 | | | | | | | | | |
| 変更理由 | <input type="checkbox"/> 郵便物の管理が困難 <input type="checkbox"/> 病院・施設入院入所 <input type="checkbox"/> 後見人に送付 <input type="checkbox"/> その他() | | | | | | | | | |

※届出の際には被保険者の委任状（裏面）、後期高齢者医療資格確認書または後期高齢者医療被保険者証、送付先の方の本人確認書類（住所がわかるもの）の写しの添付が必要です。なお、保険証をコピーする場合は保険者番号、被保険者記号・番号が見えないようにしてください。

※届出を提出後、事務処理の都合により、変更前の住所に発送されることがありますのでご了承ください。

【健管： 有・無】

委 任 状

年 月 日

京都府後期高齢者医療広域連合長 宛て
木津川市長 宛て

後期高齢者医療等（重度心身障害老人健康管理事業対象者は重度心身障害老人健康管理事業に係る書類も含む）について、書類の送付に関する一切の権限を下記のものに委任します。

記

委任者（被保険者）

住 所 _____

氏 名 _____

電話番号 _____

※委任に関する意向について、お電話等で確認させていただくことがあります。

受任者（届出人）

住 所 _____

氏 名 _____ 委任者との関係 _____

電話番号 _____

受任者の方の本人確認書類（住所がわかるもの）の写しの添付が必要です。

（注意事項）

委任状は必ず委任者本人がお書きください。委任者本人の記述が難しい場合は委任者の資格確認書または被保険者証をお持ちください。