

後期高齢者医療の送付先変更届出書（新規・変更・廃止）

注意事項（ご本人がお亡くなりの場合を除く）
・届出人がご本人以外の場合は、必ずご本人の了承を得た上で届出を行ってください。
・送付先の変更については、被保険者の方が別の市町村に転出した場合は、転出先の市町村において再度届出が必要となります。

被 保 険 者 本 人	被保険者番号									対象書類		□すべて	
	フリガナ									□資格(資格確認書, 基準収入等)		□給付(高額医療費申請書、支給決定通知等)	
	氏 名									□賦課(保険料額決定通知書, 簡易申告書等)		□医療費通知 *給付に含まれるが、個別に設定可	
	住 所	〒								□収納(納入通知書、納付書、督促状等)		□後発薬品 *給付に含まれるが、個別に設定可	
送 付 先	変更後 送付先	□ 被保険者住所と同じ 〒											
		フリガナ											
		氏 名 電話番号 ()											
	あて先 (どちらかに○) 本人 ・ 本人以外[被保険者との関係:]												
変更前 送付先	〒 方												
送付先変更 の理由		□本人お亡くなりのため □書類の管理が困難であるため □施設に入所しているため □後見人送付先(要添付書類) □その他 ()											
対象期間		令和 年 月 日 ~ 令和 年 月 日											
届出人		厚木市長 殿 上記のとおり届出いたします。 (届出日) 令和 年 月 日 □ 全て送付先と同じ 住 所 電話番号 () 氏 名 被保険者との関係 本人・本人以外()											
委任状		本人以外が届出する場合(死亡後送付先、後見人送付先を除く)は、 <u>被保険者本人が委任状を記入してください。委任状の記載が難しい場合は、被保険者本人及び届出人の本人確認書類の写しを必ず提出してください。</u> (委任日) 令和 年 月 日 私は、 を代理人と定め、後期高齢者医療にかかる送付先設定の申請について委任します。 委任者(被保険者)											

職員チェック欄

被保険者本人確認書類	□免許証 □旅券 □個人番号カード □資格確認書 □介護証 □その他 ()	収受印
届出人本人確認書類	□免許証 □旅券 □個人番号カード □資格確認書 □介護証 □その他 ()	
送付先住所確認	□届出人本人確認書類 □施設 □その他 ()	
システム入力確認	□標準 □COKAS 入力者 () / 確認者 ()	