

被保険者の住所変更ができない場合や郵便局の転送届で対応できない場合などで、被保険者証・保険料納入通知書等を住所地以外へ送付したい方は、被保険者の住所地の市町村担当窓口へ提出してください。※提出時には届出人の身分証明が必要となります。(郵送される場合は、身分証明のコピーを添付してください。)

# 記入例

## 後期高齢者医療被保険者証等の送付先変更申請書

令和 ○ 年 ○ ○ 月 ○ ○

岡山県後期高齢者医療広域連合

※注意事項をよく読んで記入し、必要書類を添付して提出してください。

具体的に記載してください。

届出者(届出人) 被保険者との続柄  
 1 本人  
 ② 親族(続柄 子)  
 3 その他( )

住所 ○○市○○町○○番地  
 フリガナ コウイキ タロウ  
 氏名 広域 太郎  
 電話 ○○○

届出者が被保険者本人以外の場合は、被保険者の同意確認のため、被保険者本人の直筆による署名か押印をしてください。ただし、届出者が被保険者と住民票上同世帯の方の場合は省略することができます。

被保険者番号	0	1	2	3	4	5	6	7
被保険者住所	○○市○○町○○番地							
被保険者氏名	広域 花子			被保険者の同意の押印又は署名	広域 花子			
送付先 (新規設定・変更・解除)	宛先	〒○○○-○○○○		○○	都道府県	○○市		
	フリガナ	○○町○○番地						
	氏名	コウイキ タロウ		【被保険者との続柄】 1 本人 ② 申請者と同じ 3 その他( )				
	電話	広域 太郎		① 自宅 2 勤務先 3 携帯 4 ( )				
変更理由	<input type="checkbox"/> 入院のため <input type="checkbox"/> 施設入所のため <input type="checkbox"/> 住民異動届ができない ( )			<input checked="" type="checkbox"/> 判断力低下のため <input type="checkbox"/> 家庭の事情のため <input type="checkbox"/> 必要なくなったため ( )		<input type="checkbox"/> 同居親族がいない <input type="checkbox"/> 郵便局対応ができない <input type="checkbox"/> その他(理由)		
変更書類希望	<input type="checkbox"/> 被保険者証のみ <input checked="" type="checkbox"/> 後期高齢者医療に係るすべての書類 <input type="checkbox"/> その他( )							
変更期限	令和 ○○ 年 ○○ 月 ○○ 日 から			<input type="checkbox"/> 当面の間(次回申請時まで) <input checked="" type="checkbox"/> 期限なし <input type="checkbox"/> 令和 年 月 日				
注意事項	・申請には、申請者の身分証明書(運転免許証、保険証等)が必要です。郵送で提出する場合は、コピーを添付してください。 ・被保険者との続柄については、どういった続柄かはっきりわかるように記載してください。(例)子、孫、妹、甥、成年後見人など。 ・「被保険者の同意の押印又は署名」については、申請者が被保険者又は住民票上同世帯の方の場合は省略できます。申請者が住民票上別世帯の方の場合は省略することはできません。 ・申請者が成年後見人、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。 ・送付先欄(新規設定・変更・解除)内の該当する項目に○をつけてください。 ・送付先変更の必要がなくなった場合や、更に送付先を変更する場合は再度申請が必要です。							

該当する項目に○をしてください。解除の場合は送付先欄の記載不要です。

該当する項目に○をし、( )内には具体的に記載してください。

該当する項目にチェックし、その他の場合は理由を記載してください。

該当する項目にチェックし、具体的な日付が決まっている場合は日付を記載してください。

郵送で手続きをする場合は、コピーを添付してください。保険証の写しを添付する場合は被保険者番号を黒塗し見えないようにしてください。

処理区分	被保険者証	
	資格管理帳票	
	賦課管理帳票	
	収納管理帳票	

本人確認	
書類名	免 保 介 その他( )

市町村	
受付印	受付者