

後期高齢者医療資格確認書等の送付先変更申請書

記入例

岡山県後期高齢者医療広域連合長 あて
倉敷市長 あて

被保険者本人の本人確認書類の添付が
できない場合は、被保険者本人の署名
もしくは押印が必要です。

12月2日

下記のとおり、後期高齢者医療資格確認書等の送付先を変更する旨を申請する。

被保険者		被保険者番号						
フリガナ		0 1 2 3 4 5 6 7						
フリガナ	クラシキ タロウ							
氏名	倉敷 太郎							
住所	倉敷市 西中新田640番地							
生年月日	明治 大正 昭和 15年1月1日							
申請区分	1. 新規 2. 変更 3. 解除 (いずれかに○)							
申請理由	<input type="checkbox"/> 入院のため <input type="checkbox"/> 施設入所のため <input type="checkbox"/> 判断力低下のため <input checked="" type="checkbox"/> 親族が介護するため <input type="checkbox"/> 後見人等 <input type="checkbox"/> 相続人等 <input type="checkbox"/> その他(余白に記入)							
対象物	<input checked="" type="checkbox"/> 後期高齢者医療に関する全ての書類 <input type="checkbox"/> 資格に関する書類(資格確認書等) <input type="checkbox"/> 保険料に関する通知(保険料額決定通知書等) <input type="checkbox"/> 給付に関する書類(高額療養費勧奨・医療費通知等)					有効期間	<input checked="" type="checkbox"/> 期限無し(次回申請まで) <input type="checkbox"/> 平成 年 月 日まで <input type="checkbox"/> 1回限り	
新送付先		※ 初めて届出する場合は、記入する必要はありません。						
フリガナ	クラシキ ウメコ							
氏名	倉敷 梅子							
宛先	〒713-8565 倉敷市玉島阿賀崎1丁目1-1							
連絡先	086-000-0000							
現送付先		※ 初めて届出する場合は、記入する必要はありません。						
フリガナ								
氏名								
被保険者との続柄		長女						
被保険者との続柄								
<注意事項> ・被保険者本人の同意を得た上で、ご申請ください。 ・申請には、被保険者本人および届出者の本人確認書類(運転免許証、マイナンバーカード等)が必要です。被保険者本人の本人確認書類については、被保険者本人の押印または署名があれば省略できます。 ・送付先人が成年後見人・保佐人・補助人の場合には、証明書(写し可)の添付が必要です。 ・既に発送準備済みのものは、変更前の住所に送付されることがありますので、ご了承ください。 ・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。								

届出者が被保険者および新送付先人の場合は記入不要です

宛先に送付先人の住所以外を書かれた場合は、下記届出者欄へご記入ください

届出者	被保険者 <input type="checkbox"/>	新送付先人 <input checked="" type="checkbox"/>	その他 <input type="checkbox"/> → 下記の欄を記入
フリガナ			
氏名	被保険者との続柄		
住所	連絡先		
被保険者本人確認	免 保 介 その他()		
届出人本人確認	免 保 介 その他()		
受付者	() ・ 郵送		

※郵送で提出される場合は、被保険者および届出者の本人確認書類の写しを添付してください。

後期高齢者医療資格確認書等の送付先変更申請書

記入例

2月2日

本人の名前を出さないとき

被保険者本人の本人確認書類の添付ができない場合は、被保険者本人の署名もしくは押印が必要です。

下記のとおり、後期高齢者医療資格確認

被保険者		被保険者番号						
フリガナ	クラシキ タロウ							
氏名	倉敷 太郎							
住所	倉敷市 西中新田640番地						連絡先	-
申請区分	1. 新規		2. 変更			3. 解除		
申請理由	<input type="checkbox"/> 入院のため <input type="checkbox"/> 施設入所のため <input type="checkbox"/> 判断力低下のため <input checked="" type="checkbox"/> 親族が介護するため <input type="checkbox"/> 後見人等 <input type="checkbox"/> 相続人等 <input type="checkbox"/> その他(余白に記入)							
対象物	<input checked="" type="checkbox"/> 後期高齢者医療に関する全ての書類 <input type="checkbox"/> 資格に関する書類(資格確認書等) <input type="checkbox"/> 保険料に関する通知(保険料額決定通知書等) <input type="checkbox"/> 給付に関する書類(高額療養費勧奨・医療費通知等)					有効期間	<input checked="" type="checkbox"/> 期限無し(次回申請まで) <input type="checkbox"/> 平成 年 月 日まで <input type="checkbox"/> 1回限り	
新送付先								
フリガナ	クラシキ ウメコ							
氏名	倉敷 梅子					被保険者との続柄	長女	
宛先	〒713-8565 倉敷市玉島阿賀崎1丁目1-1						連絡先	086-000-0000
現送付先		※ 初めて届出する場合は、記入する必要はありません。						
フリガナ								
氏名						被保険者との続柄		
<注意事項> ・被保険者本人の同意を得た上で、ご申請ください。 ・申請には、被保険者本人および届出者の本人確認書類(運転免許証、マイナンバーカード等)が必要です。被保険者本人の本人確認書類については、被保険者本人の押印または署名があれば省略できます。 ・送付先人が成年後見人・保佐人・補助人の場合には、証明書(写し可)の添付が必要です。 ・既に発送準備済みのものは、変更前の住所に送付されることがありますので、ご了承ください。 ・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。								

届出者が被保険者および新送付先人の場合は記入不要です

宛先に送付先人の住所以外を書かれた場合は、下記届出者欄へご記入ください

届出者	被保険者 <input type="checkbox"/>	新送付先人 <input checked="" type="checkbox"/>	その他 <input type="checkbox"/> → 下記の欄を記入
フリガナ			
氏名	被保険者との続柄		
住所	連絡先		
被保険者本人確認	免 保 介 その他()		
届出人本人確認	免 保 介 その他()		
受付者	() ・ 郵送		

※郵送で提出される場合は、被保険者および届出者の本人確認書類の写しを添付してください。

後見人等

後期高齢者医療資格確認書等の送付先変更申請書

記入例

岡山県後期高齢者医療広域連合長 あて
倉敷市長 あて

被保険者本人の本人確認書類の添付が
できない場合は、被保険者本人の署名
もしくは押印が必要です。

2 月 2 日

下記のとおり、後期高齢者医療資格確認書

被保険者		被保険者番号									
		0	1	2	3	4	5	6	7		
フリガナ	クラシキ タロウ							生年 月日	明治 大正 昭和		
氏名	倉敷 太郎								15 年 1 月 1 日		
住所	倉敷市 西中新田640番地							連絡先	- -		
申請区分		1. 新規			2. 変更		3. 解除 (いずれかに○)				
申請理由	<input type="checkbox"/> 入院のため <input type="checkbox"/> 施設入所のため <input type="checkbox"/> 判断力低下のため <input type="checkbox"/> 親族が介護するため <input checked="" type="checkbox"/> 後見人等 <input type="checkbox"/> 相続人等 <input type="checkbox"/> その他(余白に記入)										
対象物	<input checked="" type="checkbox"/> 後期高齢者医療に関する全ての書類 <input type="checkbox"/> 資格に関する書類(資格確認書等) <input type="checkbox"/> 保険料に関する通知(保険料額決定通知書等) <input type="checkbox"/> 給付に関する書類(高額療養費勧奨・医療費通知等)					有効期間	<input checked="" type="checkbox"/> 期限無し(次回申請まで) <input type="checkbox"/> 平成 年 月 日まで <input type="checkbox"/> 1回限り				
新送付先											
フリガナ	オカヤマ ジロウ							被保険者との続柄		成年後見人	
氏名	岡山 次郎										
宛先	〒700-0975 岡山市北区今2丁目2番1号 広域ビル3階							連絡先	086-000-0000		
現送付先		※ 初めて届出する場合は、記入する必要はありません。									
フリガナ								被保険者との続柄			
氏名											
<注意事項> ・被保険者本人の同意を得た上で、ご申請ください。 ・申請には、被保険者本人および届出者の本人確認書類(運転免許証、マイナンバーカード等)が必要です。被保険者本人の本人確認書類については、被保険者本人の押印または署名があれば省略できます。 ・送付先が成年後見人・保佐人・補助人の場合には、証明書(写し可)の添付が必要です。 ・既に発送準備済みのものは、変更前の住所に送付されることがありますので、ご了承ください。 ・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。											

届出者が被保険者および新送付先人の場合は記入不要です

宛先に送付先人の住所以外を書かれた場合は、下記届出者欄へご記入ください

届出者	被保険者 <input type="checkbox"/>	新送付先人 <input checked="" type="checkbox"/>	その他 <input type="checkbox"/> → 下記の欄を記入
フリガナ	オカヤマ ジロウ		被保険者との続柄
氏名	岡山 次郎		成年後見人
住所	岡山市北区今2丁目2番1号 広域ビル4階		連絡先
被保険者本人確認	免 保 介 その他()		※郵送で提出される場合は、被保険者および届出者の本人確認書類の写しを添付してください。
届出人本人確認	免 保 介 その他()		
受付者	() ・ 郵送		

後期高齢者医療資格確認書等の送付先変更申請書

記入例

お亡くなりの場合

理事長 あて

申請日 令和 6 年 12 月 2 日

下記のとおり、後期高齢者医療資格確認書等の送付先について申請します。

被保険者		被保険者番号										
		0 1 2 3 4 5 6 7										
フリガナ	クラシキ タロウ											
氏名	倉敷 太郎											
住所	倉敷市 西中新田640番地										連絡先	-
申請区分	1. 新規 2. 変更 3. 解除 (いずれかに○)											
申請理由	<input type="checkbox"/> 入院のため <input type="checkbox"/> 施設入所のため <input type="checkbox"/> 判断力低下のため <input type="checkbox"/> 親族が介護するため <input type="checkbox"/> 後見人等 <input checked="" type="checkbox"/> 相続人等 <input type="checkbox"/> その他(余白に記入)											
対象物	<input checked="" type="checkbox"/> 後期高齢者医療に関する全ての書類 <input type="checkbox"/> 資格に関する書類(資格確認書等) <input type="checkbox"/> 保険料に関する通知(保険料額決定通知書等) <input type="checkbox"/> 給付に関する書類(高額療養費勧奨・医療費通知等)										有効期間	<input checked="" type="checkbox"/> 期限無し(次回申請まで) <input type="checkbox"/> 平成 年 月 日まで <input type="checkbox"/> 1回限り
新送付先												
フリガナ	クラシキ フジオ											
氏名	倉敷 藤夫										被保険者との続柄	長男
宛先	〒711-8565 倉敷市児島小川町3681-3										連絡先	086-0000-0000
現送付先		※ 初めて届出する場合は、記入する必要はありません。										
フリガナ												
氏名											被保険者との続柄	
<注意事項> ・被保険者本人の同意を得た上で、ご申請ください。 ・申請には、被保険者本人および届出者の本人確認書類(運転免許証、マイナンバーカード等)が必要です。被保険者本人の本人確認書類については、被保険者本人の押印または署名があれば省略できます。 ・送付先人が成年後見人・保佐人・補助人の場合には、証明書(写し可)の添付が必要です。 ・既に発送準備済みのものは、変更前の住所に送付されることがありますので、ご了承ください。 ・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。												

届出者が被保険者および新送付先人の場合は記入不要です
宛先に送付先人の住所以外を書かれた場合は、下記届出者欄へご記入ください

届出者	被保険者 <input type="checkbox"/>	新送付先人 <input checked="" type="checkbox"/>	その他 <input type="checkbox"/> → 下記の欄を記入
フリガナ			被保険者との続柄
氏名			
住所			連絡先
			-
被保険者本人確認	免 保 介 その他()		
届出人本人確認	免 保 介 その他()		
受付者	() ・ 郵送		

※郵送で提出される場合は、被保険者および届出者の本人確認書類の写しを添付してください。

後期高齢者医療資格確認書等の送付先変更申請書

解除の場合

記入例

被保険者本人の本人確認書類の添付ができない場合は、被保険者本人の署名もしくは押印が必要です。

月 2 日

倉敷市長 あて
倉敷市長 あて
下記のとおり、後期高齢者医療資格確認書等

被保険者		被保険者番号							
フリガナ	クラシキ タロウ	0	1	2	3	4	5	6	7
氏名	倉敷 太郎	生年月日		明治 大正 昭和 15年 1月 1日					
住所	倉敷市 西中新田640番地						連絡先 086-000-0000		
申請区分	1. 新規 2. 変更 3. 解除 (いずれかに○)								
申請理由	<input type="checkbox"/> 入院のため <input type="checkbox"/> 施設入所のため <input type="checkbox"/> 判断力低下のため <input type="checkbox"/> 親族が介護するため <input type="checkbox"/> 後見人等 <input type="checkbox"/> 相続人等 <input checked="" type="checkbox"/> その他 (余白に記入) 退院して自宅に戻ったため								
対象物	<input checked="" type="checkbox"/> 後期高齢者医療に関する全ての書類 <input type="checkbox"/> 資格に関する書類 (資格確認書等) <input type="checkbox"/> 保険料に関する通知 (保険料額決定通知書等) <input type="checkbox"/> 給付に関する書類 (高額療養費勧奨・医療費通知等)			有効期間	<input type="checkbox"/> 期限無し (次回申請まで) <input type="checkbox"/> 平成 年 月 日まで <input type="checkbox"/> 1回限り				
新送付先									
フリガナ							被保険者との続柄		
氏名									
宛先	〒 -						連絡先		- -
現送付先		※ 初めて届出する場合は、記入する必要はありません。							
フリガナ							被保険者との続柄		
氏名									
<注意事項> ・被保険者本人の同意を得た上で、ご申請ください。 ・申請には、被保険者本人および届出者の本人確認書類 (運転免許証、マイナンバーカード等) が必要です。被保険者本人の本人確認書類については、被保険者本人の押印または署名があれば省略できます。 ・送付先人が成年後見人・保佐人・補助人の場合には、証明書 (写し可) の添付が必要です。 ・既に発送準備済みのものは、変更前の住所に送付されることがありますので、ご了承ください。 ・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。									

届出者が被保険者および新送付先人の場合は記入不要です
宛先に送付先人の住所以外を書かれた場合は、下記届出者欄へご記入ください

届出者	被保険者 <input checked="" type="checkbox"/>	新送付先人 <input type="checkbox"/>	その他 <input type="checkbox"/> → 下記の欄を記入
フリガナ			
氏名	被保険者との続柄		
住所	連絡先 - -		
被保険者本人確認	免 保 介 その他 ()	※郵送で提出される場合は、被保険者および届出者の本人確認書類の写しを添付してください。	
届出人本人確認	免 保 介 その他 ()		
受付者	() ・ 郵送		