

後期高齢者医療関係書類の送付先変更依頼書

東京都後期高齢者医療広域連合長 様

後期高齢者医療関係書類の送付先について、下記のとおり依頼します。

この送付先変更に関する事項は、被保険者（被保険者死亡の場合は相続人）又はその関係者、並びに送付先に同意を得ています。

依頼者	氏名	(フリガナ)	依頼日	年 月 日
			電話番号	
	住所	〒	被保険者との関係	

被保険者	被保険者番号 ※不明な場合は記入不要								
	氏名	(フリガナ)	生年月日	明 ・ 大 ・ 昭 年 月 日					
	住所 (住民登録上の住所)	〒							

依頼内容	依頼区分	☐ 新規登録
		☐ 送付先登録を解除（被保険者の住民登録上の住所に送付）
		☐ 送付先登録内容を変更（送付先対象者が変更の場合、別途解除の依頼が必要です）
	依頼理由 ※上記依頼区分が「送付先登録を解除」の場合は選択不要	☐ 高齢等により、書類の管理が困難なため
		☐ 施設等に入所しているため
		☐ 被保険者死亡のため
		☐ その他（ ）

送付先	☐ 依頼者と同じ（送付先が依頼者である場合は、 ☒ をし、以下の記入は不要です）				
	依頼者以外	氏名	(フリガナ)	電話番号	
				被保険者との関係	
		住所	〒		

添付書類	☐ 依頼者の本人確認書類の写し
	☐ 被保険者の後期高齢者医療資格確認書の写し（依頼区分が「送付先登録を解除」又は依頼理由が「被保険者死亡のため」の場合は不要）
	☐ 送付先住所を確認できる書類の写し

【 処 理 欄 】

受付者	添付書類	標準入力	後期入力	台帳入力	戻り証	確認
	/	/	/	/	/	/

受 付 印	
-------------	--

後期高齢者医療関係書類の送付先変更依頼書

記入例

東京都 広域連合長 様
送付先について、下記のとおり依頼します。
この送付先変更に関する事項は、被保険者（被保険者死亡の場合は相続人）又はその関係者、並びに送付先に同意を得ています。

依頼者	氏名	(フリガナ) コウイキ ハナコ	依頼日	〇〇〇〇年〇月〇日
		広域 花子	電話番号	090-〇〇〇〇-〇〇〇
	住所	〒102-0072 東京都千代田区飯田橋〇丁目〇〇番地〇号		

被保険者	被保険者番号 ※不明な場合は記入不要	0 1 2 3 4 5 6 7	生年月日	明 ・ 大 ・ 昭 24年12月30日
	氏名	(フリガナ) マチダ タロウ 町田 太郎		
	住所 (住民登録上の住所)	〒194-0022 東京都町田市森野2丁目2番22号		

依頼内容	依頼区分	☒ 新規登録 ☐ 送付先登録を解除（被保険者の住民登録上の住所に送付） ☐ 送付先登録内容を変更（送付先対象者が変更の場合、別途解除の依頼が必要です）
	依頼理由 ※上記依頼区分が「送付先登録を解除」の場合は選択不要	☒ 高齢等により、書類の管理が困難なため ☐ 施設等に入所しているため ☐ 被保険者死亡のため ☐ その他（ ）

送付先	☒ 依頼者と同じ（送付先が依頼者である場合は、 ☒ をし、以下の記入は不要です）			
	依頼者以外	氏名	(フリガナ)	電話番号
		住所	被保険者の入所している施設や一時的な居所等に 送付先を変更する場合にご記入ください。	

添付書類	☒ 依頼者の本人確認	必ず、添付書類の具体例をお読みいただき、不足書類のないようにご提出ください。 提出書類等に不備があった場合は、手続きが完了しませんので、ご注意ください。
	☒ 被保険者の後期高齢者医療関係書類	
	☒ 送付先住所を確認	

【処 理 欄】

受付者	添付書類	標準入力	後期入力	台帳入力	戻り証	確認
/	/	/	/	/	/	/

受
付
印

後期高齢者医療関係書類の送付先変更について

後期高齢者医療関係書類は原則として住民票の住所・ご本人様宛にお送りいたします。

特別な事情により送付先の変更を希望される場合には別紙「後期高齢者医療関係書類の送付先変更依頼書」及び添付書類の提出をお願いします。なお送付先変更に関する事項について、被保険者（被保険者死亡の場合は相続人）又はその関係者、並びに送付先の同意後に提出をお願いします。

～ 添付書類について ～

※ ①②③の3点が必要です。

※ 郵送で申請される場合には写しを添付してください。

① 依頼者の本人確認書類

氏名、生年月日及び現在の住民登録されている住所の記載があり、有効期限内のもの
※裏面に最新の氏名や住所の記載がされている場合は、裏面の写しもお提出ください。
（運転免許証・マイナンバーカード等、その他裏面参照）

② 被保険者が現在お使いになっている後期高齢者医療資格確認書

※資格確認書がお手元にはない場合はご本人の下記書類を添付してください。
（運転免許証・マイナンバーカード等、その他裏面参照）

※ご本人の本人確認書類がない場合は、被保険者直筆の委任状をご提出ください。

③ 送付先住所を確認できる書類

ア. ご家族様宅等へ送付を希望される場合

- ・ 送付先（ご家族様など）の住所・氏名が確認できるもの
（運転免許証・マイナンバーカード等、その他裏面参照）

イ. 病院や施設等へ送付を希望される場合

- ・ 長期入院・入所していることがわかるもの
（病院の領収証・施設の入所証明書・契約書等）

ウ. 家の建替え等のための仮住まい宅・別荘等に送付を希望される場合

- ・ 現在お住まいの住所が確認できるもの
（借家の契約書・公共料金の領収書等）

※後期高齢者医療関係書類以外も送付先の変更を希望される際は、お手数ですが各課にお問い合わせをお願いいたします。

※後見人制度を利用されている場合は、町田市の他の業務についても一括して送付先を変更することができます。申請用紙は別になります。

<問合せ・書類提出先>

〒194-8520 町田市森野 2-2-22
町田市役所保険年金課高齢者医療係
TEL 042-724-2144（直通）

○本人確認書類の具体例

氏名、生年月日及び現在の住民登録されている住所の記載があり、有効期限内のもの

※裏面に最新の氏名や住所の記載がされている場合は、裏面の写しもご提出ください。

- ・マイナンバーカード（個人番号カード・顔写真付き）
※裏面の個人番号部分の写しは不要
- ・運転免許証
- ・運転経歴証明書 ※交付日が平成 24 年 4 月 1 日以降のものに限る。
- ・国民健康保険資格確認書
- ・後期高齢者医療資格確認書
- ・介護保険資格者証
- ・介護保険被保険者証、介護保険負担割合証、介護保険負担限度額認定証
- ・在留カード、特別永住者証明書
- ・旅券（パスポート） ※住所記載欄があり、最新住所を記入済のもの
- ・健康保険資格確認書
- ・身体障害者手帳
- ・療育手帳（愛の手帳）
- ・精神障害者保健福祉手帳
- ・生活保護受給者証（生活保護受給証明書）
- ・年金手帳 ※住所記載欄があり、最新住所を記入済のもの
- ・年金証書