

送付先変更申請書

令和 年 月 日

香川県後期高齢者医療広域連合長 様

下記のとおり、送付先の変更を申請します。

届出者氏名		被保険者 との続柄	
届出者住所			

被保険者番号				
被 保 険 者	氏 名			
	住 所			
	生年月日	明治 大正 昭和	年 月 日	電話番号
変 更 先	住 所	〒		
	宛 名			
	電話番号			
送付先を変更 する理由	<input type="checkbox"/> 成年被後見人等（被保佐人・被補助人）であるため ※添付書類 権限記載の登記事項証明書又は審判書の写し、成年後見人等の身分証明書の写し <input type="checkbox"/> 特別な事情があるため			
送付先変更を 希望する帳票	<input type="checkbox"/> 資格管理帳票、賦課管理帳票、収納管理帳票、給付管理帳票 <input type="checkbox"/> 資格管理帳票 （被保険者証や各種認定証のみ送付先変更する場合）			

※市町又は届出人等記入欄（変更理由が特別な事情の場合に、記入してください。）

令和 年 月 日
香川県後期高齢者医療広域連合長 様

上記のとおり相違ないことを証明いたします。
_____ (印)

《特別な事情による申請》

送付先変更申請書

記入例

令和〇〇年 〇月 〇日

香川県後期高齢者医療広域連合長 様

届出をされる方の氏名を、記入してください。

下記のとおり、送付先の変更を申請します。

届出者氏名	広域 二郎	被保険者との続柄	長男
届出者住所	丸亀市大手町二丁目〇番〇号		

「被保険者番号、氏名、住所、生年月日、電話番号」を記入してください。

被保険者番号	1980072			
被保険者	氏名	広域 連五郎		
	住所	高松市福岡町二丁目〇番〇号		
	生年月日	明治 大正 昭和	12年 3月 4日	電話番号

変更先	住所	〒760-8570 高松市番町四丁目〇番〇号 ケアハウス△△△△	
	宛名	広域 連五郎	
	電話番号	〇〇〇-〇〇〇-〇〇〇	

変更先の「住所、宛名、電話番号」を正確に記入してください。

送付先を変更する理由	<input type="checkbox"/> 成年被後見人等（被保佐人・被補助人）であるため <small>※添付書類 権限記載の登記事項証明書又は審判決定記録簿</small> <input checked="" type="checkbox"/> 特別な事情があるため
送付先変更を希望する帳票	<input checked="" type="checkbox"/> 資格管理帳票、賦課管理帳票、収納管理帳票、和付管理帳票 <input type="checkbox"/> 資格管理帳票 <small>（被保険者証や各種認定証のみ送付先変更する場合）</small>

送付先変更を希望する帳票にチェックを入れてください。保険証や限度額認定証の送付先のみ変更される場合は下側にチェックしてください。

※市町又は届出人等記入欄（変更理由が特別な事情の場合に、記入してください。）

令和〇〇年〇月〇日
香川県後期高齢者医療広域連合長 様
<p>ケアハウス△△△△に入所しているため</p>
<p>市町で、送付先変更が必要な特別な事情を記入してください。</p>
<p>上記のとおり相違ないことを証明いたします。</p>
<p>担当課名、課長名を記入し、押印してください。 <small>※課長印、若しくは個人印でもかまいません。</small></p>
<p>〇〇市〇〇〇〇課長 ▲▲ ▲▲ 印</p>

《特別な事情による申請》

送付先変更申請書

記入例

令和〇〇年 〇 月 〇 日

香川県後期高齢者医療広域連合長 様

届出をされる方の氏名を記入してください。

下記のとおり、送付先の変更を申請します。

届出者氏名	広域 二郎	被保険者との続柄	施設職員
届出者住所	丸亀市大手町二丁目〇番〇号		

「被保険者番号、氏名、住所、生年月日、電話番号」を記入してください。

被保険者番号	1980072		
被保険者	氏名	広域 連五郎	
	住所	高松市福岡町二丁目〇番〇号	
	生年月日	昭和 12 年 3 月 4 日	電話番号

変更先	住所	〒760-8570 高松市番町四丁目〇番〇号 ケアハウス△△△△	
	宛名	広域 連五郎	
	電話番号	〇〇〇-〇〇〇-〇〇〇	

変更先の「住所、宛名、電話番号」を正確に記入してください。

送付先を変更する理由	<input type="checkbox"/> 成年被後見人等（被保佐人・被補助人）であるため ※添付書類 権限記載の登記事項証明書又は <input checked="" type="checkbox"/> 特別な事情があるため
送付先変更を希望する帳票	<input checked="" type="checkbox"/> 資格管理帳票、賦課管理帳票、 <input type="checkbox"/> 資格管理帳票（被保険者証や各種認定証のみ送付先変更する場合）

送付先変更を希望する帳票にチェックを入れてください。保険証や限度額認定証の送付先のみ変更される場合は下側にチェックしてください。

※市町又は届出人等記入欄（変更理由が特別な事情の場合に、記入してください。）

令和〇〇年〇月〇日
香川県後期高齢者医療広域連合長 様
ケアハウス△△△△に入所しているため
届出人等で、送付先変更が必要な特別な事情を記入してください。
上記のとおり相違ないことを証明いたします。
施設名、施設長名を記入し、押印してください。 ※施設長印、若しくは個人印でもかまいません。
ケアハウス△△△△施設長 ▲▲ ▲▲ 印

《成年後見制度による申請》

送付先変更申請書

記入例

令和〇〇年 〇 月 〇 日

香川県後期高齢者医療広域連合長 様

成年後見人の氏名等を記入してください。

下記のとおり、送付先の変更を申請します。

届出者氏名	〇 〇 〇 〇	被保険者との続柄	成年後見人
届出者住所	高松市番町四丁目〇番〇号		

「被保険者番号、氏名、住所、生年月日、電話番号」を記入してください。

被保険者番号	1980072		
被保険者	氏名	広域 連五郎	
	住所	高松市福岡町二丁目3番2号	
	生年月日	明治 12年 3月 4日	電話番号

登記事項に記載されている住所を記載してください。

事務所等を送付先とする場合は、事務所の住所が分かる書類（名刺等）を添付してください。

変更先	住所	〒760-8570 高松市番町四丁目〇番〇号	
	宛名	〇〇司法書士事務所 〇〇 〇〇様方 広域 連五郎	
	電話番号	〇〇〇-〇〇〇-〇〇〇	

変更する理由に、チェックを入れてください。

送付先を変更する理由	<input checked="" type="checkbox"/> 成年被後見人等（被保佐人・被補助人）であるため <small>※添付書類 権限記載の登記事項証明書又は</small> <input type="checkbox"/> 特別な事情があるため	送付先変更を希望する帳票にチェックを入れてください。保険証や限度額認定証の送付先のみ変更される場合は下側にチェックしてください。
送付先変更を希望する帳票	<input checked="" type="checkbox"/> 資格管理帳票、賦課管理帳票、 <small>扶助管理帳票、加付管理帳票</small> <input type="checkbox"/> 資格管理帳票 <small>（被保険者証や認定証のみ送付先変更する場合）</small>	

※市町又は届出人等記入欄（変更理由が特別な事情の場合に、記入してください。）

令和 年 月 日

香川県後期高齢者医療広域連合長 様

この欄は記入不要です。

上記のとおり相違ないことを証明いたします。

(印)