

送付先変更をご希望の方へのご案内

- 1** 被保険者本人の内容を記入してください。
- 2** 依頼内容を選び、該当理由に○をしてください。
- 3** 送付変更先について記入してください。
変更期間に終わりがいい場合は空欄で結構です。
- 4** 届出人（依頼者）の住所と氏名等をご記入ください。
送付先の方と依頼者が同じ場合には「□上記送付先に同じ」の欄をチェックし、依頼者住所などの記入を省略することができます。

<必要書類>

- ①被保険者本人の本人確認書類（運転免許証・マイナンバーカード・保険証等）の写し
- ②送付変更先の住所・宛名が確認できる書類（運転免許証・マイナンバーカード・保険証等）の写し
- ③届出人（依頼者）の本人確認書類（運転免許証・マイナンバーカード・保険証等）の写し
※②の書類と兼ねることが出来る場合は不要

※成年後見人制度等による申請の場合

上記書類に加え、登記事項証明書の写しを添付ください。

なお、登記事項証明書に送付変更先住所の記載がない場合は、それが確認できる審判書等の写しも添付してください。

荒川区福祉部
国保年金課後期高齢者医療係
<連絡先>03-3802-4148

後期高齢者医療に関する送付物の送付先変更依頼書																													
1	被保険者番号	0	1	2	3	4	5	6	7																				
	被保険者氏名	荒川 太郎					生年月日	男・女・未定 <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/>																					
	住所	荒川区荒川2丁目2番3号																											
2	依頼の内容	<input checked="" type="checkbox"/> 送付先変更		<input type="checkbox"/> 送付先変更の解除																									
	理由	1:施設入所のため		2:成年後見制度利用		3:被保険者死亡のため																							
	(その他の場合は 具体的に記入ください)	<input checked="" type="radio"/> 4:その他		【(例)長期入院のため・書類管理が困難なため など】																									
(「依頼の内容」で「送付先変更」を選択された方はご記入ください。)																													
3	送付先変更期間	令和	○年	○月	○日	から	令和	年	月	日																			
	〒	116-0012																											
	送付先	荒川区町屋○丁目○番○号																											
	電話番号	03(1234)1234																											
	届出人氏名	あらかわ はなこ					被保険者との関係																						
	送付先宛名	荒川 花子					長女																						
4	東京都後期高齢者医療広域連合会 まで																												
	令和 ○年 ○月 ○日																												
	後期高齢者医療に関する送付物の送付先について、上記のとおり変更を依頼します。																												
	依頼者	<input type="checkbox"/> 上記送付先に同じ <input checked="" type="checkbox"/>																											
	住所	荒川区荒川2丁目2番3号																											
	氏名	荒川 太郎			電話番号03(9776)9876																								
	【印 鑑 欄】	<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 50%;"><input type="checkbox"/> 資格</td> <td>→後期システム入力</td> <td style="width: 25%;"><input type="checkbox"/> 届出</td> <td>→入力</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> 賦課</td> <td>R</td> <td><input type="checkbox"/> 受付</td> <td>R</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> 収納</td> <td>→e-suite入力</td> <td><input type="checkbox"/> 送付</td> <td>R</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> 給付</td> <td>R</td> <td><input type="checkbox"/> 医療費通知</td> <td>⇒人方情報確認(確認者)</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> 医療費通知</td> <td>⇒人方情報確認(確認者)</td> <td><input type="checkbox"/> 後発医薬品</td> <td>R</td> </tr> </table>								<input type="checkbox"/> 資格	→後期システム入力	<input type="checkbox"/> 届出	→入力	<input type="checkbox"/> 賦課	R	<input type="checkbox"/> 受付	R	<input type="checkbox"/> 収納	→e-suite入力	<input type="checkbox"/> 送付	R	<input type="checkbox"/> 給付	R	<input type="checkbox"/> 医療費通知	⇒人方情報確認(確認者)	<input type="checkbox"/> 医療費通知	⇒人方情報確認(確認者)	<input type="checkbox"/> 後発医薬品	R
<input type="checkbox"/> 資格	→後期システム入力	<input type="checkbox"/> 届出	→入力																										
<input type="checkbox"/> 賦課	R	<input type="checkbox"/> 受付	R																										
<input type="checkbox"/> 収納	→e-suite入力	<input type="checkbox"/> 送付	R																										
<input type="checkbox"/> 給付	R	<input type="checkbox"/> 医療費通知	⇒人方情報確認(確認者)																										
<input type="checkbox"/> 医療費通知	⇒人方情報確認(確認者)	<input type="checkbox"/> 後発医薬品	R																										
	確認者 人方者 受付者		交付印																										
※注：報酬査定通知（公域入力）																													