

記入見本

介護保険・後期高齢者医療保険関係書類送付先依頼書 (変更・解除)

立川市長 殿

東京都後期高齢者医療広域連合長 殿

介護保険又は後期高齢者医療保険に関する通知等の送付先について、下記のとおり送付することを依頼します。
なお、送付先設定を希望される科目にチェックをつけて、被保険者番号をご記入ください。責任において解決します。

依頼日 令和 6年 12月 1日

被保険者	<input checked="" type="checkbox"/> 介護保険被保険者番号	0	0	0	0	1	2	3	4	5	6	
	<input checked="" type="checkbox"/> 後期高齢者医療被保険者番号			1	2	3	4	5	6	7	8	
	フリガナ	タチカワ タロウ						生年月日				
	氏名	立川 太郎						大正 昭和	11年 1月 1日			
住所	立川市泉町 1156-9											

依頼者	フリガナ	タチカワ イチロウ	被保険者との関係
	氏名	立川 一郎	本人/配偶者/子/成年後見人等 その他 ()
	住所	〒190-0022 東京都立川市錦町 3-2-26 立川住宅 101	電話番号 042 (528) 4314

送付先	フリガナ		電話番号
		<input type="checkbox"/> 被保険者本人 <input checked="" type="checkbox"/> 依頼者本人	<input checked="" type="checkbox"/> 依頼者電話番号と同じ ()
理由		<input type="checkbox"/> 本人が送付先住所に滞在しているため (長期滞在の場合は住民票異動が原則) <input checked="" type="checkbox"/> 本人が書類を管理することが困難なため (該当番号に○をつけてください) ① 高齢・認知症等 2. 施設入所 3. 入院 4. 死亡 5. 成年後見人制度等利用 <input type="checkbox"/> その他 ()	
送付物の種類		介護保険 <input checked="" type="checkbox"/> 関係書類すべて <input type="checkbox"/> 下記の選択した書類 1. 認定・給付関係 2. 保険料	後期高齢者医療保険 <input type="checkbox"/> 関係書類すべて <input checked="" type="checkbox"/> 下記の選択した書類 ① 資格情報のお知らせ・確認書等 ② 保険料 3. 給付 4. 特定健康診査等

依頼者と送付先が同じ場合は、氏名・電話番号・住所は記入見本のようにチェックをつけるだけで結構です。依頼者と異なる項目があればご記入ください。
なお、被保険者・依頼者以外の方を送付先に設定される場合は、氏名欄の余白に被保険者との関係をご記入ください。

【立川市処理欄】 (郵送受)

介護	受付	入力

送付先に送ってほしい書類の種類をそれぞれ選んでください。
すべて送付先への送付で問題なければ「関係書類すべて」にチェックをつけ、個別に設定されたい場合は「下記の選択した書類」にチェックをつけた上で該当番号に○をつけてください。