

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

介護保険及び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、送付先の変更・解除について問題が生じた場合は、依頼者の責任において解決します。

										依頼日		令和		年		月		日	
被保険者	☐ 介護保険被保険者番号			0		0		0		0									
	☐ 後期高齢者医療被保険者番号																		
	フリガナ											生年月日							
	氏名											大正		年		月		日	
	昭和																		
住所																			

依頼者	フリガナ												被保険者との関係			
	氏名												本人/配偶者/子/成年後見人等 その他 ()			
	住所		〒 —										電話番号			
													()			

送付先	フリガナ												電話番号					
	氏名		☐ 被保険者本人 ☐ 依頼者本人										☐ 依頼者電話番号と同じ ()					
	住所		〒 —										☐ 被保険者住所と同じ ☐ 依頼者住所と同じ					
	理由		☐ 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) ☐ 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 ☐ その他 ()															
	送付物の種類		介護保険								後期高齢者医療保険							
			☐ 関係書類すべて ☐ 下記の選択した書類 1. 認定・給付関係 2. 保険料								☐ 関係書類すべて ☐ 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							

【立川市処理欄】〈郵送受付・窓口受付〉☐ 身分証コピー ※原本は受領課で保管。

介護	受付	入力	確認

後期	受付	入力	確認

