

後期高齢者医療保険・介護保険 送付先変更届出書
(新規 ・ 変更 ・ 廃止)

被保険者番号							
被 保 険 者 本 人	ふりがな	えびな たろう			生年月日	明・大・昭	
	氏名	海老名 太郎				10 年 9 月 1 日	
	住所	海老名市勝瀬175番地の1					
送 付 先	ふりがな	えびな はなこ			被保険者 との続柄	長女	
	氏名 (あて名)	海老名 花子					
	住所	〒243-0422 海老名市中新田377番地					
	連絡先 電話番号	046-231-2111					
送付先変更 の理由 (具体的にご記入 ください)	<input type="checkbox"/> 本人死亡のため <input checked="" type="checkbox"/> 本人書類の管理ができないため <input type="checkbox"/> その他 ()						
対象書類	<input checked="" type="checkbox"/> 後期高齢者医療保険に関する全ての書類 (被保険者証等、保険料関連、給付費関連、保健事業関連等) <input checked="" type="checkbox"/> 介護保険に関する全ての書類 (被保険者証等、保険料関連、介護認定関連 (認定者のみ)、介護サービス関連 (利用者のみ))						
海老名市長 殿 (届出日)							
上記のとおり届出いたします。 令和 ● 年 ● 月 ● 日							
(届出人) 氏名 海老名 一郎 被保険者との続柄 長男							
住所 海老名市上郷474番地の1 連絡先電話番号 046-231-4122							

※注意 送付先の変更については、被保険者の方が別の市町村に転入した場合は、転出先の市町村において再度届出が必要となりますのでご注意ください。

本人確認書類	<input type="checkbox"/> 免許証	<input type="checkbox"/> マイナンバー	<input type="checkbox"/> 保険証	<input type="checkbox"/> その他 ()			
共 通			介 護 保 険 課				収受印
受付者	照合者	検認者	認定係	支援係	保険料係		
入力 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> MCWEL <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 標準 S (後期) <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 健康管理 S			青字補記: ()				