

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				生年月日	明・大・昭 年 月 日
	氏名					
	住所					
送付先	ふりがな			被保険者との続柄		
	氏名 (あて名)					
	住所	〒				
	連絡先電話番号					
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 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 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 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) 令和 年 月 日 上記のとおり届出いたします。 (届出人) 氏名 被保険者との続柄 住所 連絡先電話番号						

※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				收受印   
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 : ( )				