

送付先の変更を希望される方へ

介護保険および後期高齢者医療保険の通知物の送付先は、住民票の住所あてが原則です。

やむを得ない事情があり住民票の住所以外へ送付を希望される場合は、別添の「介護保険・後期高齢者医療送付先住所(登録・変更・取消)申請書」と、申請者の本人確認資料、送付先住所の確認資料、代理人の場合は委任状（または被保険者本人の確認資料）の提出が必要です。（必要資料等については、裏面を必ずご確認ください。）お申し込みから手続完了まで3週間ほどかかる場合があります。

※亡くなられた方の送付先変更を希望される場合は、後期と介護どちらにも申請が必要です。

参考)この申請で送付先変更が適用される送付物の例

介護 介護保険被保険者証/介護保険料に関する通知/要介護認定・要支援認定に関する通知など
後期 後期高齢医療資格確認書/後期高齢者医療保険料に関する通知/医療費通知など

記入例

介護保険・後期高齢者医療送付先住所(登録・変更・取消)申請書

介護保険課長 後期高齢者医療担当課長あて

申請書のご記入は、黒か青の消えないボールペンでお願いいたします。

保険 どちらか一方のみ変更を希望する場合は、その番号に○をつけてください。

※太枠

限定(どちらかのみ変更)する場合はお選びください→

申請日		令和4年 4月 1日									
1. 介護保険の通知		2. 後期高齢者医療の通知									
被保険者	介護保険被保険者番号	0	0	0	1	2	3	4	5	6	7
	後期高齢者医療被保険者番号			9	8	7	6	5	4	3	2
	フリガナ	セタガヤ イチロウ									
	氏名	世田谷 一郎									
送付先	(住民票の)住所	〒154-0017 世田谷区世田谷△-△-△ 世田谷マンション101									
	送付先住所(取消は取消す送付先)	〒154-0004 世田谷区太子堂○-○-○									
	フリガナ	セタ ハナコ									
送付先	送付先氏名	瀬田 花子									
	被保険者との関係	子									
申請者	申請者氏名	瀬田 花子									
	申請者住所	〒154-0004 世田谷区太子堂○-○-○									
登録(変更)理由	登録(変更)する理由を選んでください(番号をマルで囲んでください)										
	1. 被保険者本人が、上記送付先に滞在しているため。										
	2. 被保険者本人が、書類の処理ができないため(以下に○をつけてください)										
	3. その他(具体的に記入してください)										

被保険者の氏名、住所をご記入ください。

送付先をご記入ください。

被保険者から見た続柄をご記入ください。
例 姪の場合→妹の子/兄の子

申請者が代理人の場合は、裏面Bの書類を添付してください。

登録(変更)する理由をご記入ください。

要介護認定申請中の方は①・②のいずれかに○をつけてください。

- ① 今回の要介護認定申請について
② 今後、介護保険料の滞りなどがある場合

要介護認定申請中の方は①・②のいずれかに○をつけてください。
(要介護認定申請については管轄の保健福祉課におたずねください)
ただし、「後期高齢者医療の通知」のみ送付先を変更する場合は、①は選べません。

申請書に添付する資料について

必要書類は申請者が被保険者本人の場合は下記 A・C、申請者が代理人の場合は下記 A・B・Cがそれぞれ必要となります。

A 申請者の本人確認書類の写し(必須)

次の(1)の書類の場合は1点、(2)の書類の場合は2点の写し

※申請者が被保険者本人の場合は、被保険者本人の確認書類。申請者が代理人の場合は、代理人の確認書類です。

(1) 申請者の次の書類（有効期限内・顔写真付きの官公署発行文書）のいずれか <u>1点</u> の写し	
☐ マイナンバーカード（個人番号カード）	☐ パスポート（顔写真記載のページ）
☐ 運転免許証（又は運転経歴証明書（平成24年4月以降交付のもの））	☐ 障害者手帳
☐ その他の官公署発行書類で顔写真及び氏名に加え、生年月日か住所の記載のあるもの	
(2) 申請者の次の書類（有効期限内・顔写真のない官公署発行文書）のいずれか <u>2点</u> の写し	
☐ 資格確認書	☐ 後期高齢者医療証
☐ 介護保険証（資格者証）	☐ 介護保険負担割合証
☐ マイナンバーの通知カード（顔写真なし）	☐ 保険料決定通知書
☐ 年金手帳、基礎年金番号通知書	☐ その他の官公署発行書類で氏名に加え、生年月日か住所の記載のあるもの

B 申請者が代理人の場合に必要な書類

1	親族等	☐ 被保険者自筆の委任状（原本） ☐ 委任状の提出が困難な場合は、 被保険者本人の確認書類の写し （官公署発行書類で氏名に加え、生年月日か住所の記載のあるもの1点）
2	成年後見人	☐ 登記事項証明書（写し）
3	財産管理人	☐ 相続人・遺言執行者・相続財産管理人であることが確認できるもの（写し）

C 送付先が確認できる書類の写し（必須）

送付先の住所および氏名（法人の場合は法人名）の実存が確認できる資料の写し

	送付先	必要書類
1	親族等 成年後見人	☐ マイナンバーカード(個人番号カード) ☐ 運転免許証（又は運転経歴証明書（平成24年4月以降交付のもの）） ☐ 資格確認書 ☐ 後期高齢者医療証 ☐ 介護保険証（資格者証） ☐ その他の官公署発行書類で氏名・住所の記載のあるもの
	※「A申請者の本人確認書類の写し」で送付先住所が確認できる場合は不要です	
2	施設・病院	☐ 入居契約書 ☐ 入院診療計画書 ☐ 請求書・領収書等
3	一時的に住居を移している場合	☐ 公共料金の領収書 ☐ 消印付き郵便物 ☐ 転送された郵便物（郵便局の転送シールが貼付されたもの）

《提出・お問合せ先》 〒154-8504 世田谷区世田谷 4-21-27

世田谷区 国保・年金課 後期高齢者医療 電話 03-5432-2390 FAX 03-5432-3005