

送付先の変更を希望される方へ

郵送用

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。

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** 後期高齢医療被保険者証/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。

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。

※太字

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3年	2月	10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	
被保険者	フリガナ	セタガヤ イチロウ						生 年 日 月 日				
	氏 名	世田谷 一郎										
	(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	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	登録(変更)する理由をご記入ください。										
	2. 被保険者本人が、書類の処理が	転は転出・転居届が原則ですマルで囲んでください										
(1)高齢・認知症等により判断が困難 (2)入院 (3)施設入所等 (4)死亡 (5)成年後見人制度												
3 その他(具体的に記入してください)												

要介護認定申請中の方は

- ① 今回の要介護認定申請
- ② 今後、介護保険料の滞り

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。なお、個人番号通知書は確認書類として使用できません。

(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1点の写し	
<input type="checkbox"/>	マイナンバーカード(顔写真付き)
<input type="checkbox"/>	パスポート(顔写真記載のページ)
<input type="checkbox"/>	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))
<input type="checkbox"/>	障害者手帳
<input type="checkbox"/>	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2点の写し	
<input type="checkbox"/>	健康保険証
<input type="checkbox"/>	後期高齢者医療証
<input type="checkbox"/>	介護保険証(資格者証)
<input type="checkbox"/>	介護保険負担割合証
<input type="checkbox"/>	保険料決定通知書
<input type="checkbox"/>	年金手帳
<input type="checkbox"/>	基礎年金番号通知書
<input type="checkbox"/>	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	<input type="checkbox"/> 被保険者自筆の委任状(原本)
		<input type="checkbox"/> 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	<input type="checkbox"/> 登記事項証明書(写し)
3	財産管理人	<input type="checkbox"/> 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	<input type="checkbox"/> マイナンバーカード
		<input type="checkbox"/> パスポート(顔写真と住所記載欄の各ページ)
		<input type="checkbox"/> 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))
		<input type="checkbox"/> 健康保険証 <input type="checkbox"/> 後期高齢者医療証 <input type="checkbox"/> 介護保険証(資格者証)
		<input type="checkbox"/> その他の官公署発行書類で氏名・住所の記載のあるもの
2	施設・病院	<input type="checkbox"/> 入居契約書 <input type="checkbox"/> 入院診療計画書 <input type="checkbox"/> 請求書・領収書等
3	一時的に住居を 移している場合	<input type="checkbox"/> 公共料金の領収書 <input type="checkbox"/> 消印付き郵便物
		<input type="checkbox"/> 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》 世田谷区 介護保険課 資格保険料係

〒154-8504 世田谷区世田谷4-21-27

電話 03-5432-2643 FAX 03-5432-3042

20220404