

# 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

受付印

介護保険課長 後期高齢者医療担当課長あて

保険者からの通知については、以下の送付先住所に送付してください。

※太枠内を記入してください

		申請日		年	月	日
限定(どちらかのみ変更)する場合はお選びください→		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		
	後期高齢者医療被保険者番号					
	フリガナ				生 年 月 日	
	氏 名				明 大 昭 年 月 日	
	(住民票の) 住 所	〒 ー				
送 付 先	送付先住所 (取消は取消す送付先)	〒 ー				
	フリガナ				Tel ( )	
	送付先氏名	※親族以外は、被保険者本人あてに送ります。			自宅・勤務先・呼出・FAX・携帯電話 被保険者との関係	
申 請 者	申請者氏名				被保険者との関係	
	申請者住所	〒 ー			Tel ( )	
登 録 ( 変 更 ) 理 由	該当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。 ※長期移転は転出・転居届が原則です					
	2. 被保険者本人が、書類の処理ができないため(以下の番号をマルで囲んでください) (1)高齡・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、下記いずれかの番号をマルで囲んでください(※未記入の場合は②とします)						
① 今回の要介護認定結果通知書(及び被保険者証・負担割合証)のみ送付先を変更する						
② 今後、介護保険の書類すべての送付先を変更する 例)被保険者証、負担割合証、保険料決定通知、納付通知書、給付関係通知など						

※送付先に変更・取消が生じた場合は改めてご申請ください。

以下、職員記入欄(申請者は記入不要)

審査会予定日		年	月	日	部 会	発 送 日	年	月	日
①介護認定審査事務係へ引き抜き連絡票としてFAX(5432-3059) ②認定支援システム処理 & 資格保険料係へFAX(5432-3042)									
受 付	受付窓口	保福(世田谷・北沢・玉川・砦・烏山)・介護・後期				特記事項:			
	受付方法	窓口・郵送・職権・( )	受付日	受付者	[窓口] <input type="checkbox"/> 申請者確認(A) <input type="checkbox"/> 代理権確認(B) <input type="checkbox"/> 送付先確認(C)				
入 力	所管	資格保険料係	保険給付係	保健福祉課	後期高齢者医療	[端末] <input type="checkbox"/> 処理停止 有・無 <input type="checkbox"/> 準ずる 有・無			
	業務区分			—	MC	[資格] <input type="checkbox"/> [介護・後期]にコピー			
	入力日				/	<input type="checkbox"/> 収納交渉経過記事 有・無			
確 認	入力者					<input type="checkbox"/> 通知送付 不・要( . . . )			
	確認日				/	FAX 不要 ・ FAX 送信( / )送信者:			
	確認者					介護保険課 ← . → 総合支所保健福祉課			
	係長確認					[世 0234・北 0236・玉 0235・砦 0237・烏 0238]			