

介護保険・後期高齢者医療保険・国民健康保険に関する郵便物の送付先変更届出書

令和 年 月 日

(あて先) 岩国市長

被保険者(世帯主)に関する郵便物について、次の送付先に郵送していただきますようお願いいたします。
 なお、届出内容に変更のある場合には、必ず届出をします。

また、この届出に関する一切の責任について届出人が負うことを申し添えます。



※提出の際、届出人と被保険者の本人確認書類(被保険者証等)が必要です

届出人	住所(※)	〒 -					
	フリガナ	※届出人が被保険者本人の場合または被保険者と同じ住所の場合は記載不要					
	氏名				被保険者との関係(続柄等)		
	電話番号	() -	携帯電話	() -			
被保険者(世帯主)	住所	〒 -					
	氏名				被保険者番号		
	生年月日	明・大・昭・平 年 月 日	介護	0	0	0	
	電話番号	() -	後期国保		0		
送付先	<input type="checkbox"/> 届出人の住所(送付先記載不要) <input type="checkbox"/> 次の送付先 <input type="checkbox"/> 送付先解除(住民票住所)						
	住所	〒 -					
	フリガナ				被保険者との関係(続柄等)		
	氏名	様方					
電話番号	() -	携帯電話	() -				
申請理由	1 入院(入所)中のため 2 死亡のため 3 その他()						

送付先の変更を希望するものに✓をしてください。

保険の種類等	介護保険	後期高齢者医療	国民健康保険
全ての通知(納付済確認の通知を除く)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
資格関係の通知(被保険者証・認定証など)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
支給(給付)関係の通知(高額療養費・医療費通知など)		<input type="checkbox"/>	
保険料に関する通知	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
納付関係の通知	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
納付済確認の通知	<input type="checkbox"/>		

〈岩国市使用欄〉

<input type="checkbox"/> 届出人本人確認	受付・確認 ()		事務連絡欄
<input type="checkbox"/> 被保険者本人確認			
	入力(市)	入力(広域)	
高齢者支援課 ()	年 月 日		
保険年金課 ()	年 月 日	年 月 日	

○本人が届出をする場合の本人確認書類

1点で確認できるもの

(官公署が発行した書類で、本人の写真を貼り付けたもの)

- ・マイナンバーカード(個人番号カード)
- ・運転免許証
- ・身体障害者手帳
- ・パスポート 等

2点で確認できるもの

- ・介護保険被保険者証
- ・介護保険負担割合証
- ・後期高齢医療被保険者証
- ・健康保険被保険者証
- ・官公署が発行した書類(納税通知書等)
- ・バス優待乗車証
- ・年金手帳 等

○代理人が届出をする場合の本人確認書類

代理権の確認できるもの

- ・被保険者の介護保険被保険者証
- ・被保険者の介護保険負担割合証
- ・被保険者の後期高齢医療被保険者証 等

届出人の本人確認

1点で確認できるもの

(官公署が発行した書類で、本人の写真を貼り付けたもの)

- ・マイナンバーカード(個人番号カード)
- ・運転免許証
- ・身体障害者手帳
- ・パスポート 等

2点で確認できるもの

- ・介護保険被保険者証
- ・介護保険負担割合証
- ・後期高齢医療被保険者証
- ・健康保険被保険者証
- ・官公署が発行した書類(納税通知書等)
- ・バス優待乗車証
- ・年金手帳 等

○郵送の場合は、確認書類の写しを添付してください。