通知等送付先［変更・解除］申請書

令和　　年　　月　　日

滋賀県後期高齢者医療広域連合長　様

東近江市長　様

次のとおり、通知等の送付先の変更（解除）を申請します。

なお、この変更（解除）に起因する問題は、申請者及び被保険者の責任において解決することを誓約し、この内容に変更が生じたときや変更の必要がなくなったときは、再度申請をします。

申請者氏名

申請者住所

申請者電話番号

被保険者との関係

※国民健康保険の場合、世帯主との関係を記入してください。

●被保険者について（誰の送付先変更を行うか記入してください。**国民健康保険の場合は、世帯単位の変更（解除）になるため、世帯主を記入してください。）**

被保険者	フリガナ		生年月日	T・S・H・R 年　　月　　日
	氏名			
	住所	〒 滋賀県東近江市		

●送付先変更（解除）を必要とする通知等について（必要とするものに○をしてください。）

	国民健康保険に関するもの	資格確認書又は資格情報のお知らせ、給付関係書類（高額療養費等） 医療費通知、国民健康保険料賦課・徴収関係書類、健診関係書類
	介護保険に関するもの	被保険者証、給付関係書類（高額介護サービス費等） 介護保険料賦課・徴収関係書類
	後期高齢者医療制度に関するもの	資格確認書又は資格情報のお知らせ、給付関係書類（高額療養費等） 医療費通知、後期高齢者医療制度保険料賦課・徴収関係書類、健診関係書類
	福祉医療制度に関するもの	受給券等資格関係書類
変更（解除）する理由		

※申請時に資格がないものは変更（解除）できません。必要がなくなったものは、解除申請が必要です。

※送付先に郵便物が届かない場合は、住民基本台帳の住所に送付することがあります。

●通知等の送付先について

	通知等送付先を解除する場合は、左の枠内に○を記入してください。			
送付先	フリガナ		生年月日	T・S・H　　年　　月　　日
	送付先の宛名		被保険者との関係	
	送付先の住所	〒 電話番号（　　）　　－		

※申請者が被保険者及び相続人代表者の場合、また、国民健康保険については、申請者が世帯主であれば下記の記入不要。

この送付先変更（解除）に係る手続きについては、申請者に委任します。

被保険者氏名　　㊞　　※代筆の場合は下記を記入ください。

（代筆の理由：　　代筆者氏名：　　）

被保険者No.	
宛名No.	
世帯No.	

介護	保険料	国保	医療費通知	特定健診	後期	まる福

本人確認	
受付者	