

目黒区 後期高齢者医療保険・介護保険
送付先住所(登録・変更・解除)申請書

東京都後期高齢者医療広域連合長あて

目黒区長あて

申請日 _____ 年 _____ 月 _____ 日

1. 申請内容・理由 (各項目について、該当する番号に○をつけてください)

申請内容	① 送付先の 登録 ② 登録済送付先の 変更 ③ 登録済送付先の 解除
送付先を変更する書類	① 後期高齢者医療保険・介護保険 両方 ② 後期高齢者医療保険のみ ③ 介護保険のみ
申請の理由 ※解除申請の場合は省略できます。	① 書類管理が困難なため ② 別の場所に住んでいるが、事情により住民票を異動していないため ③ (成年後見人・保佐人・補助人)の選任 (該当するものを○で囲む) ④ 被保険者死亡のため 死亡日: _____ 年 _____ 月 _____ 日 ⑤ 期間限定で設定 ※後期高齢者医療保険のみ設定ができます。 設定理由(_____) 送付先設定終了日 _____ 年 _____ 月 _____ 日 ⑥ その他 (理由を以下に記入してください) (_____)

2. 被保険者

後期高齢者医療保険 被保険者番号	/	/							
介護保険 被保険者番号	0	0	0						
フリガナ					生 年 月 日				
氏 名					大・昭・西暦 年 月 日				
住 所 (住民票の住所)	〒 _____ ー _____ 電話番号 _____ (_____)								

3. 申請者

フリガナ		被保険者との関係
氏 名		
住 所 (住民票の住所)	〒 _____ ー _____ (被保険者本人の場合は記入不要です) 電話番号 _____ (_____)	

必ず裏面もご記入ください➡

