

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 <input checked="" type="radio"/> ② 登録済送付先の変更 <input type="radio"/> ③ 登録済送付先の解除 <input type="radio"/>
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	メグロ タロウ			生 年 月 日					
氏 名	目黒 太郎			大・昭・西暦 年 月 日					
住 所 (住民票の住所)	〒 153 - 0051 目黒区上目黒○丁目○番○号 電話番号 03 (0000) 0000								

3. 申請者

フリガナ	メグロ イチロウ								
氏 名	目黒 一郎								
住 所 (住民票の住所)	〒 152 - 0061 (被保険者本人の場合は) 目黒区中目黒○丁目○番○-○○号 電話番号 090 (0000) 0000								



4.送付先(解除時は記入不要) ※おもて面「3申請者」と同一の情報であ

申請者の情報と異なる場合は記入してください。

フリガナ	メグロ イチロウ	
氏名	目黒 一郎	長男
住所	〒163 - 8001 東京都新宿区西新宿〇丁目〇-〇 電話番号 080 (〇〇〇〇) 〇〇〇〇	

5.確認事項の同意 ※申請するにあたり、以下の事項を確認し、ご署名をお願いします。

【確認事項】

1. この申請は後期高齢者医療保険・介護保険に関する書類(両方またはいずれか)の送付先にのみ適用されます。
2. 区から送付する書類の種類によって、宛名部分に被保険者氏名が表記される場合があります。
3. 送付先のかたの転居など送付先住所が変更となった場合は、再度送付先変更の申請をしてください。
4. 送付先となっているかたが亡くなった場合や、送付物が届かずに送付元に戻す場合、保険者の判断で送付先登録を解除することがあります。
5. 変更申請・解除申請の際に保険者が必要と判断した場合、電話等で状況を確認することがあります。
6. この申請は、被保険者本人の了承を得ているものとし
7. 目黒区及び東京都後期高齢者医療広域連合はこの申請による

確認事項の内容について、必ずすべてご確認いただき、同意のうえ署名欄にご署名をお願いします。

東京都後期高齢者医療広域連合長・目黒区長 あて
上記確認事項について同意のうえ、申請します。

申請者署名 目黒 一郎

区処理欄のため記入不要