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、該当する番号に〇をつけてください）

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（該当するものを〇で囲む） 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）	〒　　－ 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）	〒　　－　　（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➡

4.送付先（解除時は記入不要）　※おもて面「3申請者」と同一の情報であれば記入不要です。

フリガナ		被保険者との関係
氏　名		
住　所	〒　　－ 電話番号　　（　　）	

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る場合、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には、先に送付先登録されているかたに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ます。
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って生じる損害等について、一切の責を負いません。

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 ＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

以下、区処理欄につき記入不要

添付確認書類		発送元	受付	入力	検認	受付印
様	□マイナンバーカード　□介護保険証 □運転免許証　□介護保険負担割合証 □運転経歴証明書　□資格確認書 □その他（　　）	後期 介護 /　/	後期 介護 窓口 郵便 /　/	後期	後期	後期
請	□マイナンバーカード　□介護保険証 □運転免許証　□介護保険負担割合証 □運転経歴証明書　□資格確認書 □登記事項証明書 □その他（　　）			介護	介護	介護
請	□マイナンバーカード　□介護保険証 □運転免許証　□介護保険負担割合証 □運転経歴証明書　□資格確認書 □登記事項証明書 □その他（　　）					