

介護保険・後期高齢者医療関連通知等送付先申請書

年 月 日

守山市長 様
滋賀県後期高齢者医療広域連合長 様

次のとおり、通知等の送付先の（登録・変更・廃止）を申請いたします。

届出者	フリガナ		生年月日	大正・昭和・平成
	氏名			年 月 日
	住所	〒 電話番号 ()	被保険者との関係	

● 被保険者について（誰の送付先申請を行うか記入してください）

被保険者	後期高齢者医療被保険者番号		介護保険被保険者番号	
	フリガナ		生年月日	大正・昭和
	氏名			年 月 日
	住所	〒 電話番号 ()		

● 送付先申請を必要とする通知等について

送付先申請を必要とする通知等	☐ 介護保険に関する事 ☐ 後期高齢者医療保険に関する事（福祉医療に関する事を含む） ☐ 国民健康保険の資格に関する事（福祉医療に関する事を含む） ☐ 税に関する事（市県民税、固定資産税、国民健康保険税、軽自動車税）
送付先設定をする期間	申請日 から 年 月 日 まで

※一度登録された送付先は、廃止の届け出がない限り継続されます。ただし、送付先設定をする期間を記入された場合は、期間満了日で廃止されます。

※国民健康保険から後期高齢者医療保険に移行される際は、再度送付先申請書の提出が必要です。

● 通知等の送付先について ☐ 届出者と同じ

送付先	フリガナ		生年月日	大正・昭和・平成
	氏名			年 月 日
	送付先の住所	〒 電話番号 ()	被保険者との関係 ☐	

※送付先に郵便物が届かない場合は記載の電話番号へ連絡する場合があります。

※連絡がつかない場合、被保険者の住民票上の住所に送付します。

添付または提示書類 ①届出者の確認ができるもの（例：マイナンバーカードや運転免許証など）
②被保険者の確認ができるもの（例：マイナンバーカード、被保険者証コピー、委任状など）
※届出者が被保険者本人の場合は②は不要

注：職員が原本確認できれば添付不要

職員記入欄 （届出者は記入不要）	受付	届出者確認	入力	入力者	確認者	係長
	窓口（ ）	・マイナンバーカード	・マイナンバーカード			
	郵送（ ）	・免許証	・免許証			
	訪問（ ）	・その他（ ）	・その他（ ）			