

次のとおり、介護保険及び後期高齢者医療保険に関する通知の送付先変更を届け出ます。

届出年月日	年 月 日	届出区分	新規 変更 終了 ※いずれかを○で囲んでください	
被保険者	被保険者番号	(介護) (後期)		
	氏 名		生年月日	年 月 日
	住 所			
送付先	住所	〒 方書：		
	フリガナ		続柄	
	氏名		電話番号	
理由	1 一時的に住所登録地と異なる住所に居住（入院）しているため 2 高齢などの理由で書類紛失のおそれがあるため 3 そのほか（ ）			
変更期間	開始年月日	年 月 日	終了年月日 ※期限付きの場合	年 月 日
届出人	住所			
	電話番号	※被保険者本人または送付先人の場合は記入不要		
	氏名		続柄	

※原則は全ての送付物を上記の変更先住所にお送りします。

個別での送付先変更を希望する場合には、担当課までご相談ください。

※一時的な転居でない場合には、住民登録の変更をご検討ください。

※届出人の身分証明書（運転免許証、保険証など）コピーを添付ください。

※介護保険及び後期高齢者医療保険以外の送付先変更には各担当課でのお手続きが必要な場合があります。

※介護保険または後期医療のどちらかのみ送付先変更希望の場合は、お申し出ください。

市 使 用 欄		受付・確認	入力	最終確認