

送付先（登録・変更・解除）申請書 兼 確約書

兵庫県後期高齢者医療広域連合長 あて
神戸市 区長 あて

希望するものすべてにチェックをお願いします。

次の通り } の送付先の（登録/変更/解除）申請いたします。

後期高齢者医療関係書類
 介護保険関係書類
 福祉医療関係書類

なお、本人等から異議の申し出があったときは、私の責任において解決し、貴広域連合及び貴市には一切のご迷惑をおかけしないことを確約します。また、この内容に変更があった場合には、直ちに申請、届出いたします。

申請年月日	年 月 日	本人確認書類	運転免許証・マイナンバーカード・その他（ ） 記号：
確約人氏名 （申請者）		被保険者等 との続柄	
確約人住所	〒 - 電話番号（ ） -		
申請理由 （具体的に）	<input type="checkbox"/> 書類管理ができないため <input type="checkbox"/> 本人死亡のため <input type="checkbox"/> 入院・入所のため <input type="checkbox"/> その他（ ）		
開始日	年 月 日から ※ 遡及不可		

- 注意事項
- ・申請者が被保険者本人でない場合は、本人の意思確認を行うため、本人の委任状を提出して下さい。
 - ・後期高齢者医療において、資格・賦課・収納・給付の特定の書類の送付先のみの変更を希望される場合は申し出て下さい。また、申請者が被保険者本人でない場合は、本申請受付後、原則として、被保険者本人あてに後日、「送付先（登録・変更・解除）のお知らせ」を送ります。
 - ・申請者は、公的な証明書（運転免許証・マイナンバーカード・パスポート等顔写真つきのもの等）を添付してください。（写し可）
 - ・電話による送付先変更は出来ません。
 - ・送付先等から郵便物が返戻されてきた場合、職権により送付先設定の解除をすることがあります。
 - ・申請者が成年後見人等の場合は、登記事項証明書（写）も添付してください。

被 保 険 者 等	後期被保険者番号										
	介護被保険者番号										
	福祉医療受給者番号										
氏 名	フリガナ				生年月日	明治・大正・昭和・平成・（西暦） 年 月 日					
	住所	〒 - 電話番号（ ） -									
変 更 送 付 先	フリガナ				<input type="checkbox"/> 被保険者と同じ <input type="checkbox"/> 確約人住所と同じ（確約人氏名様方）	（被保険者等ならびに確約人以外の住所に送付先を設定する場合）送付先に設定する者と被保険者の続柄 _____ 様方					
	住所	〒 - 電話番号（ ） -									

神戸市処理欄		<input type="checkbox"/> コピー渡し済		起案日： 年 月 日	決裁日： 年 月 日		
変更・解除	登録お知らせ通知差止チェック <input type="checkbox"/>	受付		公開の状況 (公開) (部分公開) (非公開) <small>情報公開条例第10条第1号に該当</small> 分類後期 17・04・06・03 介護 17・04・04・02 福祉 17・04・05・04 保存 常用			
受付	理由等	受付				上記のとおり処理してよろしいか(伺)	
確認						課長	係長
入力						係	係