

後期高齢者医療・介護保険 送付先住所(登録・変更・解除)申請書

提出先 足立区長

申請日 年 月 日

1. 申請内容、理由について

申請内容	いずれかに、○をつけてください。 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
申請対象	いずれかに、○をつけてください。 ① 後期高齢者医療・介護保険 両方 ② 後期高齢者医療 のみ ③ 介護保険 のみ ※未記入の方で75歳以上の方は①とします。 ※75歳未満で後期高齢者医療の資格をお持ちの方は高齢医療・年金課にお問合せください。
申請の理由	① 成年後見人・保佐人・補助人が郵便物を管理するため ② 病院や施設に入院・入所しており、本人の住民票住所にいないため ③ 認知症等により、被保険者本人が郵便物の管理ができないため ④ 介護上の理由から、親族の元へ一時的に居所を移しているため ⑤ 被保険者が死亡し、住所地で郵便物を受け取れるものがないため ⑥ その他 [具体的にご記入ください]
依頼内容が「解除」の場合省略できます	

2. 被保険者について

後期高齢者医療 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	明 大 昭 年 月 日								
(住民票の) 住所	〒 - 電話番号 ()								

3. 送付先について

送付先住所	〒 - 電話番号 ()		
フリガナ	被保険者との関係		
送付先氏名			

※送付先住所を変更しても宛名は被保険者本人となります。

記載例：○○ ○○(送付先氏名)様方 △△ △△(被保険者本人)様

必ず裏面もご記入ください →

4. 申請者について、申請者署名

氏名		被保険者との関係	
住所	〒 _____ 電話番号 (_____)		

※被保険者本人 または 送付先の方が申請者の場合は上記欄は省略していただけます。
※いずれの場合も、下記署名は必須です。
 後期高齢者医療、介護保険の送付物の送付先について、上記のとおり送付を依頼します。
 上記の内容と事実が相違していた場合は、送付先の解除に同意します。
 また、送付先を変更したことにより、被保険者および関係者との間で争いが生じた場合は、申請者が責任を持って解決します。

署名 _____
 ※自署できず代筆の場合は代筆者名記入（代筆者氏名： _____）

5. 登録済みの送付先を変更または解除する場合（1. の「申請内容」で②変更、③解除 の場合）

申請者が登録済みの前申請者と異なる場合は、**前申請者の自署による**記入が必要です。
 ※被保険者本人が申請者の場合は省略していただけます。

上記のとおり送付先を変更することに同意します。

前申請者 _____ 住所 _____

 署名 _____
 ※自署できず代筆の場合は代筆者名記入（代筆者氏名： _____）

送付先登録された後の注意点

(1) 引越しされた場合について

① 足立区以外の東京都内に引越しされた場合

後期高齢者医療：保険者が変わらないため、送付先登録は引越し先自治体で継続します。
 介護保険：保険者が変わるため、送付先登録は引越し先自治体では引継ぎされません。

② 上記以外の場合（東京都外の自治体に引越しされた場合）

後期高齢者医療・介護保険ともに、保険者が変わるため、送付先登録は引越し先の自治体では引継ぎされません。

※住所地特例施設に入所された場合等、上記以外にも保険者の変更がない場合があります。
 詳しくはお問合せください。

- (2) 保険者の変更が伴う転出をしない場合、解除届の提出がない限りは登録した送付先が継続となります。解除したい場合は必ず手続きをお願いします。（同じ書式で解除の申請ができます。）
- (3) 送付先となっている方の住所が変更となった場合や、送付先となっている方が亡くなった場合は必ず「登録済送付先の変更」または「登録済送付先の解除」の申請をしてください。
- (4) 被保険者本人が死亡した後も成年後見人等が送付先登録されていた場合は、必要に応じて送付先を解除する場合があります。
- (5) 送付先を解除されない間は通知類が届きますが、被保険者本人の死亡後の保険料還付金や高額療養費などは相続人以外の方は受取ができません。

以下はご記入不要です↓

添付確認書類		原本保管			後 介
被 保 険 者	<input type="checkbox"/> 運転免許証 <input type="checkbox"/> マイナンバーカード <input type="checkbox"/> 保険証（社・国・後・介） <input type="checkbox"/> その他（ _____ ）	後期 ・ 介護			
		受付	入力	確認	
送 付 先	<input type="checkbox"/> 運転免許証 <input type="checkbox"/> マイナンバーカード <input type="checkbox"/> 保険証（社・国・後・介） <input type="checkbox"/> 弁護士証 等 <input type="checkbox"/> 登記事項証明 等 <input type="checkbox"/> 入院入所書類 等 <input type="checkbox"/> 遺言書 等 <input type="checkbox"/> その他（ _____ ）	広	広	広	後 後 後
		/	/	/	
申 請 者	<input type="checkbox"/> 運転免許証 <input type="checkbox"/> マイナンバーカード <input type="checkbox"/> 保険証（社・国・後・介） <input type="checkbox"/> その他（ _____ ）	介	介	介	/
		/	/	/	

送付先住所(登録・変更・解除)申請に関するご案内

(1)送付先の登録・変更の依頼ができるのは、以下の場合に限られます。

- ①送付先が親族、成年後見人等、または相続人である。
- ②郵便物を現住所に送付することができない具体的な理由（施設入所、病院に入院等）がある。
※施設・病院を送付先とする場合は、あらかじめ施設・病院の了承を得てください。

(2)登録済みの送付先を変更、または解除する際は、申請者が登録済みの前申請者と異なる場合には、前申請者の自署による同意が必要です。（申請書内に署名欄があります）

(3)送付先の登録・変更の際は、申請書の他、下記の添付書類の提出が必要です。
送付先に応じて、以下の書類を必ず提出してください。

送付先	必要書類
被保険者本人、親族	<ul style="list-style-type: none">・被保険者本人の本人確認書類の写し（運転免許証、マイナンバーカード、保険証 等）・送付先となる方の、住所が確認できる本人確認書類の写し・申請者が本人または送付先と異なる場合、申請者の本人確認書類の写し
成年後見人 等	<ul style="list-style-type: none">・被保険者本人の本人確認書類の写し（運転免許証、マイナンバーカード、保険証 等）・成年後見人 等であることを証明する書類の写し（登記事項証明 等）・成年後見人 等の、上記証明書類に記載の住所が確認できる本人確認書類の写し・申請者が本人または送付先と異なる場合、申請者の本人確認書類の写し
施設・病院 等	<ul style="list-style-type: none">・被保険者本人の本人確認書類の写し（運転免許証、マイナンバーカード、保険証 等）・本人が入所していることと、入所先の住所が確認できる書類の写し（入居契約書、入院診療計画書 等）・申請者が本人または送付先と異なる場合、申請者の本人確認書類の写し

送付先を登録・変更・解除する際の注意点

- (1)すでに発送準備の整っている書類は、この申請書の届出日以降でも変更前の住所に届くことがあります。ご了承ください。
- (2)この手続きは、被保険者の方の事情により、後期高齢者医療 または 介護保険、もしくはその両方の郵便物の宛先のみを変更するものです。居住地が変更となる場合は、区民事務所などで速やかに住所変更の手続きをお願いします。もしも住所地に居住されていないことが判明した場合は、住所登録が抹消され、保険の資格を喪失することになります。

【問合せ先】

〒120-8510 足立区中央本町1-17-1 足立区役所

◆高齢医療・年金課 資格収納係

電話：03-3880-6041 ファックス：03-3880-5981

メール：korei-nenkin@city.adachi.tokyo.jp

◆介護保険課 資格保険料係

電話：03-3880-5744 ファックス：03-3880-5621

メール：kaigo@city.adachi.tokyo.jp