

記載例

令和 ○ 年 ○ 月 ○ 日

岩手県後期高齢者医療広域連合長 様
(盛岡市長 宛)

送付先を変更する被保険者の情報

次の被保険者に係る関係通知等の送付先を変更したい旨を届けます。

被保険者番号	0	1	2	3	4	5	6	7
被保険者	氏名	盛岡 太郎						
	生年月日	昭和12 年 3 月 4 日						
	住所	盛岡市内丸○番○号						

変更送付先住所 (※)	〒 020 - 8530 盛岡市内丸▲番▲号	変更送付先となる方の情報
フリガナ	モリオカ ハナコ	
変更送付先氏名 (※)	盛岡 花子	
被保険者との関係	長女	
連絡先電話番号	(× × ×) × × × × - × × × ×	
送付関係通知等	一式 (通知の種類ごとの指定はできません)	
変更する理由	本人の管理が困難なため	
送付先変更開始日	令和 ● 年 ● 月 ● 日	
届出者本人確認	☒ 運転免許証 ☐ マイナンバーカード	届出を行う日以降の日付 (過去にさかのぼることはできません。)

※ 変更送付先氏名、変更送付先住所を確認できる本人確認書類(運転免許証、マイナンバーカード等)の写しを添付願います。

提出いただく際は、変更送付先氏名、変更送付先住所を確認できる書類(写し)の添付が必要です。

添付書類の例

○送付先を家族の住所に変更したい場合

→送付先となる家族の住所・氏名を確認できる本人確認書類(※)の写し

※ 運転免許証、マイナンバーカード 等

○送付先を本人が入所している施設等の住所に変更したい場合

→本人が施設に入所していること、施設住所、施設名等が確認できる書類(※)の写し

※施設入所の際の契約書等

○送付先を成年後見人(保佐人)に変更のしたい場合、登記事項証明書の写しが必要です。