**共通送付先設定（変更・取消）届出書**

受付印

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **被保険者(納付義務者)・受給者** | フリガナ |  | 性別 | 男・女 |
| 氏名 |  |
| 生年月日 | M・T・S・H　　　　　年　　　月　　　日 |
| 住所(方書・施設名等) |  |
| 申請理由 | □施設入所のため　　　 □高齢のため　　　　□死亡のため□その他（　　　　　　 　 　　　　　　　　　） |
| 設定科目・設定区分 | □国民健康保険　（被保険者番号　　　　　 　　　　　　　　）□後期高齢者医療（被保険者番号　　　　　　　　　　　 　　）（□資格管理　□賦課管理　□収納管理　□給付管理）□介護保険　　　（被保険者番号　　　　　　　　　　　　 　）□福祉医療　　　（受給者番号　　　　　　　　　 　　　　　）□社会保険料納付証明書 |
| 事由 | □新規設定　　　 　　　□変更届出　　　　 　□取消届出 |

|  |  |
| --- | --- |
| **送****付****先** | □届出人住所　　　□下記の送付先住所　　　□上記の住民票上の住所（設定取消） |
| 住所(方書・施設名等) | 〒　　　　－ |
| フリガナ |  | 被保険者等との続柄 |
| 宛名氏名 | 様方 |  |
| 電話番号 | 自宅　　　－　　 　－　　　 携帯　　　　－　　 　－　　　 |

伊予市長　様　　愛媛県後期高齢者医療広域連合長　様

上記のとおり送付先設定（変更・取消）を届出します。 令和　　年　　月　　日

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **届****出****人** | 住所(方書・施設名等) | 〒　　　　－ |
| フリガナ |  | 被保険者等との続柄 |
| 氏名 | 　　　　　　　　　　　　　　　　　　 |  |
| 電話番号 | 自宅　　　－　　 　－　　　 携帯　　　　－　　 　－　　　 |

※国民健康保険について届出できるのは納付義務者のみです。また世帯単位での変更となります。

|  |  |
| --- | --- |
| 備考 |  |
| 本人確認 | 書類名：　□運転免許証　□健康保険証□介護保険証　□その他（　　　　　　　　 ）番号： | 受付 | 入力 | 確認 |
|  |  |  |

◆◆後期標準システムへの入力に関する注意事項◆◆

※『氏名』欄は被保険者名を入力（死亡の場合は宛名氏名）

※『住所』欄は送付先の住所+宛名氏名(○○様方)を入力（死亡の場合は送付先の住所+被保険者名（○○様分））