

後期高齢者医療制度 送付先変更届

令和 年 月 日

奈良市長

後期高齢者医療制度の関係書類の送付先を下記のとおり変更願います。
なお、変更が必要なくなり次第、速やかに撤回を届出します。

〒

①申請者

住所

フリガナ

氏名

続柄

電話番号

②被保険者

住 所

氏 名

生年月日

明治
大正
昭和

年 月 日

被保険者番号

③送付先（①申請者と送付先が異なる場合のみ記入してください）

住 所

〒

フリガナ

氏 名

本人との続柄

電 話 番 号

変 更 書 類

☐ すべて☐ 一部（下記から選択）

1, 資格（資格確認書等） 2, 給付（高額療養費等） 3, 賦課・収納（保険料等）

変 更 理 由

- 1 施設に入所しているため
- 2 親族の家に居住しているため
- 3 その他（

【必要添付書類】

- ①申請者
- ②被保険者
- ③送付先者

※全てコピーで可

①③は、

1点で可・・・マイナンバーカード・運転免許証・パスポート・障害者手帳等の顔写真のあるもの

2点要・・・健康保険証・資格確認書・介護被保険者証・ななまるカード・各種年金証書・通帳・
カード（クレジット・キャッシュ）等

②は、後期高齢者医療被保険者証・資格確認書・マイナンバーカードのうち1点

※但し、成年後見人による変更は、登記事項証明書のみで可。

※送付先を居住先の施設の住所に変更する場合は、施設の入居証明も追加で添付が必要です。

備考欄

職員確認欄（受付者： ）

☐すでに送付先の登録があるか（有・無）⇒有の場合、まず撤回届を受付した

※ただし成年後見人への送付先の変更の場合は撤回届は不要です

☐添付書類が揃っている