

## 後期高齢者医療関係書類送付先(登録・変更)申請書 兼 終了届のご案内

### 1. 概要

後期高齢者医療制度に関する書類の送付先を被保険者の住民票の住所地以外に登録・変更、または登録している送付先を被保険者の住民票の住所地に戻すこと（送付先登録終了）ができます。

#### 2-1. 郵送での手続きに必要なもの

（申請者が被保険者本人または、被保険者の成年後見人の場合）

- ①送付先（変更・登録）申請書 兼 終了届書
- ②後期高齢者医療被保険者の本人確認書類（写）
- ③登録・変更後の送付先の住所が確認できるもの（写）

例：送付先に住んでいる方の免許証や施設の住所が記載されたパンフレットなど

※申請者が成年後見人の場合、上記②の代わりに成年後見人の本人確認書類（写）と成年後見人であることが証明できる書類の写し（登記事項証明書など）が必要

※成年後見人であることが証明できる書類が複数ページで1セットの場合、全ページの写しが必要

※送付先終了届、または“登録・変更する送付先”が成年後見人の住所地の場合、上記③は不要

#### 2-2. 郵送での手続きに必要なもの（申請者が被保険者本人以外の場合）

- ①送付先（登録・変更）申請書 兼 終了届書
- ②後期高齢者医療被保険者の本人確認書類（写）
- ③委任状
- ④代理人（受任者）の本人確認書類（写）
- ⑤登録・変更後の送付先の住所が確認できるもの（写）

例：送付先に住んでいる方の免許証や施設の住所が記載されたパンフレットなど

※送付先終了届、または“登録・変更する送付先”が代理人（受任者）の住所地の場合、上記⑤は不要

委任状も必要です！



### 3. その他の事項

- ・原則、本人確認書類は国または地方公共団体の機関が発行した写真付きの身分証明書等（マイナンバーカード・運転免許証・後期高齢者医療資格確認書・パスポート・身体障害者手帳・療育手帳のいずれか1点）となります。
- ・書類に不備等ございますと申請書類を返戻させていただく場合がございます。
- ・申請者が被保険者本人以外（※成年後見人は除く）の場合、悪意の第三者による虚偽の申請（登録）の早期発見のため、申請された翌月に「送付先登録のお知らせ」が被保険者本人へ送付する場合がございます。

## 記入例

## 後期高齢者医療関係書類送付先(登録・変更)申請書 兼 終了届書

いずれかに☑

登録・・・初めて申請(登録)する場合

変更・・・既に申請(登録)した送付先を変更する場合

終了・・・申請(登録)した送付先登録を終了する場合

該当の送付先の(☑登録/□変更/□終了)を申請(届出)します。

あったときは、私の責任において解決し、兵庫県後期高齢者医

療広域連合に

※誤って記入した場合は二重線で消して、訂正してください

また、この内容に変更があった場合には、直ちに申請・届出します。

必要事項に記入

チェックまたは日付を記入

申請(届出) 年月日	■年 ○月 △日	申請者等 確認書類	書類名: 免(経)・マイ・パ・障・保・介・ 資格確認書・その他( )
申請者等 氏名	川西 太郎	被保険者と の 続 柄	□ 被保険者本人 子
申請者住所 (届出者住所)	〒 666 - 0000 川西市〇〇町△-△ 電話番号 ( 072 ) 〇〇〇 - XXXX	<input checked="" type="checkbox"/> 被保険者住所と同じ <small>申請者住所=被保険者住所の場合は☑のみで可</small>	
申請(届出) の理由	<input checked="" 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・入所中のため <input type="checkbox"/> その他( )		
開始日	<input checked="" type="checkbox"/> 申請日から <input type="checkbox"/> 年 月 日から		※遡及不可
終了日	<input type="checkbox"/> 年 月 日まで <input checked="" type="checkbox"/> 送付先変更申請(終了届出)があるまで		
書類区分 (□にレ印をして ください)	<input checked="" type="checkbox"/> 後期高齢者医療に関するすべての書類 <small>(不備等がない) 申請書類一式が川西市役所(医療助成・年金課)に届いた日=申請日となります</small>		
	<small>※特定の書類の送付先のみ変更を希望される場合は以下にレ印をしてください。</small> <input type="checkbox"/> 資格管理帳票 <input type="checkbox"/> 賦課管理帳票 <input type="checkbox"/> 収納管理帳票 <input type="checkbox"/> 給付管理帳票		

被 必要事項に記入 保 者	被保険者番号	○ ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○	※被保険者番号がわからない場合は空白にしてください		
	フリガナ	カワニシ ハナコ		生年月日	明治・大正・昭和(西暦) ■年 ○月 △日
	氏名	川西 花子			
	住 所	〒 666 - 0000 川西市〇〇町△-X 電話番号 ( 072 ) 〇〇〇 - △△△△			

変 更 送 付 先 必要事項に記入	フリガナ				変更送付先=申請者住所の場合は☑のみで可
	氏名	被保険者に同 必要事項に記入			
	住 所	〒 666 - 0000 川西市〇〇町△-X 電話番号 ( 072 ) 〇〇〇 - △△X			<input checked="" type="checkbox"/> 申請者住所と同じ(申請者様方) <b>川西 太郎 様方</b> <small>(その他施設名等)</small>

以下市(区)町記入欄

# 記入不要

# 後期高齢者医療関係書類送付先(登録・変更)申請書 兼 終了届書

兵庫県後期高齢者医療広域連合長様

次のとおり、後期高齢者医療関係書類の送付先の(□登録/□変更/□終了)を申請(届出)します。

なお、申請者以外から異議の申出があったときは、私の責任において解決し、兵庫県後期高齢者医療広域連合には一切迷惑をかけ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・届出します。

申請(届出) 年月日	年月日	申請者等 確認書類	書類名:免(経)・マイ・パ・障・保・介・ 資格確認書・その他( )
申請者等 氏名		被保険者と の続柄	<input type="checkbox"/> 被保険者本人
申請者住所 (届出者住所)	〒 — 電話番号( )—	<input type="checkbox"/> 被保険者住所と同じ	
申請(届出) の理由	<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・入所中のため <input type="checkbox"/> その他( )		
開始日	<input type="checkbox"/> 申請日から <input type="checkbox"/> 年月日から		※遡及不可
終了日	<input type="checkbox"/> 年月日まで <input type="checkbox"/> 送付先変更申請(終了届出)があるまで		
書類区分 (□にレ印をして ください)	<input type="checkbox"/> 後期高齢者医療に関するすべての書類 ※特定の書類の送付先のみ変更を希望される場合は以下にレ印をしてください。 <input type="checkbox"/> 資格管理帳票 <input type="checkbox"/> 賦課管理帳票 <input type="checkbox"/> 収納管理帳票 <input type="checkbox"/> 給付管理帳票		

被 保 険 者	被保険者番号							
	フリガナ					生年月日	明治・大正・昭和・(西暦)	
	氏名						年月日	年月日
住所	〒 — 電話番号( )—							

変 更 送 付 先	フリガナ			
	氏名	被保険者に同じ		
	住所	〒 — 電話番号( )—	<input type="checkbox"/> 申請者住所と同じ(申請者様方) <input type="checkbox"/> (その他施設名等) <u>様方</u>	

以下市(区)町記入欄

受付日	年月日	受付者		
意 思 確 認 欄 被 保 険 者 の	<input type="checkbox"/> 委任状 <input type="checkbox"/> 電話確認 <input type="checkbox"/> その他(書類確認等) <input type="checkbox"/> 意思確認不能 (確認者: ) ~その他確認書類名又は意思確認不能理由等~		登録お知らせ 通知差止チェック	<input type="checkbox"/>
			理由等(送付すべきでない特別な理由がある場合のみ通知を差し止めます。)	

# 委 任 状

年 月 日

被保険者番号								
委任者 (被保険者)	住 所							
	氏 名							
	電話番号	( ) -						
	被保険者 との続柄	本 人	生年 月 日	明・大 昭・平	年 月 日			

下記の者を受任者とし、

1. 後期高齢者医療関係書類送付先 の申請に関する権限

2. その他 ( ) に関する権限

を委任します。

受任者	住 所							
	氏 名							
	電話番号	( ) -						
	委任者 (被保険者) との続柄		生年 月 日	明・大 昭・平	年 月 日			

**※委任者 と 受任者 の本人確認書類の写しを添付してください。**

〈本人確認書類の例〉

・運転免許証、パスポート、マイナンバーカード等、官公署発行の顔写真付きの証明書

※ない場合は以下①②から 1 点ずつ。

①公的機関発行のもの (資格確認書、介護保険証、年金手帳など)

②民間発行のもの (通帳、病院の診察券など)