

成年後見人等の方

介護保険・国民健康保険・後期高齢者医療制度関係通知 送付先変更届
(新規・変更・解除)

葛飾区長

東京都後期高齢者医療広域連合長 あて

成年後見制度の利用による介護保険及び国民健康保険、後期高齢者医療制度に関する諸通知の送付先変更について、裏面「送付先変更を届出される方へ」の注意事項に同意した上で、次のとおり届出します。

●送付を変更する被保険者等		届出年月日	年	月	日				
氏名	*「国民健康保険」は、世帯主（納付義務者）宛に送付するため、世帯員の送付先変更はできません。								
	生年月日(大・昭・平 年 月 日)								
住所	〒								
<input type="checkbox"/>	介護保険	被保険者番号							
	<input type="checkbox"/> 全ての通知								
<input type="checkbox"/>	国民健康保険	保険証の番号	記号	2	2	-	番号		
	<input type="checkbox"/> 全ての通知	<input type="checkbox"/> 資格確認書及び資格情報のお知らせ以外の通知							
<input type="checkbox"/>	後期高齢医療制度	被保険者番号							
	<input type="checkbox"/> 全ての通知								
	<input type="checkbox"/> 資格関係通知（資格確認書等）	<input type="checkbox"/> 支給（給付）関係通知（高額医療費・医療費通知等）							
	<input type="checkbox"/> 保険料（賦課）関係通知	<input type="checkbox"/> 健康診査関係通知	<input type="checkbox"/> 収納関係通知						

●変更後の送付先

住所	〒
宛名	

●届出人

氏名	電話
住所	〒 <input type="checkbox"/> 送付先と同じため、住所の記入省略

●添付資料

<input type="checkbox"/> 届出人（成年後見人等）の本人確認書類の写し（マイナンバーカード、運転免許証等）
<input type="checkbox"/> 成年後見人等の登記事項証明書の写し（保佐人、補助人は代理行為目録の写し）
<input type="checkbox"/> 法人が成年後見人等になっている場合は、社員証の写し等

※裏面の注意事項もお読みください。

