後期高齢者医療に関する送付物の送付先変更依頼方法

この依頼書を提出することにより、後期高齢者医療に関する送付物の送付先を変更することができます。

①ダウンロードした依頼書の必要箇所を記入の上、本人確認書類を添付してください。
②記入と本人確認書類を添付した申請書（計３ページ）を下記まで郵送してください。

なお、新宿区役所の４階１０番窓口にお持ちいただいても結構です。
※成年後見人、保佐人及び補助人の方が依頼する場合は、登記事項証明書又は審判書の写しを別途添付してください。

〒１６０－８４８４
新宿区歌舞伎町１丁目　４番１号
新宿区健康部 高齢者医療担当課 高齢者医療係 行

＜注意事項＞
・すべての後期高齢者医療に関する送付物（資格確認書、各種通知書・申請書等）の送付先が変更されます。
・この依頼書では、後期高齢者医療に関する送付物以外（介護保険等）の送付先は変更されません。
・この依頼書は新宿区以外では使用できません。

＜問い合わせ先＞
新宿区健康部高齢者医療担当課高齢者医療係
電話 ０３－５２７３－４５６２（直通）
ＦＡＸ　０３－３２０３－６０８３
受付時間 平日８：３０～１７：００
毎週火曜日は１９時まで受付しています。

後期高齢者医療に関する送付物の送付先変更依頼書

年　　月　　日

東京都後期高齢者医療広域連合長　あて

後期高齢者医療に関する送付物について、下記のとおり変更を依頼します。

1　被保険者について

被保険者番号										
被保険者氏名								電話番号	（　　）	
住　　所										

2　依頼者について　※依頼者の本人確認書類の写しを添付してください。

☐ 被保険者本人（以下の依頼者欄の記入は不要です。）

☐ 上記以外（以下の欄にご記入ください。）

フリガナ			
依頼者氏名		電話番号	（　　）
住所	〒　　－　　（郵便番号は必ずご記入ください）		
被保険者との関係	☐ ４親等以内の親族（具体的な続柄をご記入ください。＿＿＿＿＿＿＿＿）		
	☐ 病院・施設関係者、関係機関職員		
	☐ 成年後見人、保佐人、補助人　（登記事項証明書又は審判書を添付してください。）		
	☐ 本人から委任を受けた方（委任状を添付してください。）		
本人が依頼できない理由	☐ 身体的理由で記入できないため		
	☐ 認知症その他の疾病により、意思表示が困難か、できないため		
	☐ その他（具体的にご記入ください。＿＿＿＿＿＿＿＿）		

3　依頼理由について

☐ 成年後見人・保佐人・補助人が郵便物を管理するため

☐ 家庭内暴力の被害者であるため

☐ 長期入院又は施設入所しており、住民票上の住所にいないため

☐ 介護上の理由から、住民票上の住所にいないため

☐ 認知症等により、郵便物の管理や内容の理解ができないため

☐ 被保険者本人が死亡したため

☐ 送付先を解除したいため　（裏面「４　送付先欄」の記入は不要です。）

☐ その他（具体的にご記入ください。＿＿＿＿＿＿＿＿）

（次ページに進んでください。）

4　送付先について

（1）　送付先変更期間に関する希望

□ 希望なし（送付先の再変更又は、送付先解除の依頼があるまで有効です。）

□ 希望あり（ご指定の期限で送付先が解除されます。以下の欄にご記入ください。）

送付先変更期間	依 頼 書 受 理 日 から　　年　　月　　日まで

（2）　住所

□ 依頼者の住所に送付

□ 依頼者住所以外の場所に送付(以下の欄にご記入ください。)

フリガナ			
氏　　名		電話番号	（　　）
住　　所	〒　　－　　（郵便番号は必ずご記入ください）		

（3）　宛名等の表示方法

□ （被保険者）様

□ （依頼者）様方 （被保険者）様

□ 上記以外をご希望の場合（以下の欄にご記入ください。）

宛　　名	（被保険者）様

※電算システムの仕様上、最後に「(被保険者)様」が入りますので、それを考慮して宛名をご記入ください。

5　以下の点について同意の上、□にチェックをしてください。

□　上記の内容と事実が相違していた場合は、送付先の解除に同意します。

（被保険者が依頼者でない場合）

□　送付先を変更したことにより、被保険者等との間で争いが生じた場合は、依頼者が責任を持って解決します。

※成年後見人・保佐人・補助人の代理者（事務所職員等）が依頼書を提出する場合は、委任状を添付してください。

本人確認書類添付欄

この欄に依頼者の本人確認書類の写しを貼り付けてください。

本人確認書類とは有効期限内の介護保険証、運転免許証、パスポートなどです。