

# 後期高齢者医療や介護保険に係る書類の 送付先を変更したいとき

後期高齢者医療や介護保険に係る書類は、原則、被保険者の住民票上の住所へ送付します。

ただし、以下の事情の場合、「送付先変更(設定・解除)申請書」に申請理由に応じた必要添付書類を添えて申請することで、送付先の住所を変更することができます。

## ●送付先を変更することができる理由(事情)および必要な添付書類

※マイナンバーカードは顔写真がある面のみコピーしてください。個人番号面は不要です。通知カードは不可。  
※資格確認書等の記号・番号・保険者番号は隠してコピーしてください。

申請理由(事情)	必要な添付書類	注意点
1. 病院・施設への送付希望のため (長期で入院・入所等)	○入院・入所していることが確認できる書類の写し ※入所証明書や入所契約書、医療機関の領収書など	○施設(医療機関)名称と住所および入所者氏名(患者名)がわかるようにコピーしてください。
2. 被保険者本人が郵便物を管理することが困難なため (親族等に送る)	○送付先となる方(受取人)の本人確認書類の写し ※運転免許証・マイナンバーカードなど	○送付先となる方(受取人)の名前と住所がわかるようにコピーしてください。 ※申請者と送付先が異なる場合はご注意ください。
3. 成年後見人等の保護や支援を受けているため (成年後見人等に送る)	○受取人(成年後見人等)の本人確認書類の写し ※運転免許証・マイナンバーカードなど ○審判書または登記事項証明書の写し	○受取人(成年後見人等)の名前と住所がわかるようにコピーしてください。 ○左記の両方が必要です。
4. 送付先変更の解除 (送付先を住民票住所に戻す、他の申請者が設定するため等)	○申請者の本人確認書類の写し ※運転免許証・マイナンバーカードなど	○解除の申請は、送付先を設定した申請者の方、または本人からの申請が必要です。 ○解除の理由をお書きください。
5. 被保険者がお亡くなりになったため	○送付先となる方(受取人)の本人確認書類の写し ※運転免許証・マイナンバーカードなど	○送付先となる方(受取人)の名前と住所がわかるようにコピーしてください。 ※申請者と送付先が異なる場合はご注意ください。
6. その他 (被保険者が一時的に居所を移しているため、送付先の方が転居したため等)	○送付先となる方(受取人)の本人確認書類(または名前と住所が確認できるもの)の写し ※一時的に居所を移している場合、氏名と住所が記載がされた公共料金の請求書・消印のある郵便物など	○申請理由のその他欄に「家の建て替えのため」、「送付先人の転居」など具体的な理由をお書きください。 ○送付先となる方(受取人)の名前と住所がわかるようにコピーしてください。

## 申請・手続に関するご注意

- ・申請は郵送、窓口(本庁舎1階の保険年金課または別館2階の高齢者支援課)、もしくは電子申請で受け付けます。
- ・提出書類に不備があった場合は、手続きが完了しませんのでご注意ください。
- ・また、申請の手続き完了以前に後期高齢者医療や介護保険に係る書類が作成されている場合は、こちらを提出されても、変更前の住所・宛先に郵送されてしまうことがありますのでご了承ください。

## 問い合わせ先

後期高齢者医療制度に関すること ⇒ 保険年金課：04-7191-2594(電話受付)

介護保険に関すること ⇒ 高齢者支援課：04-7167-1022

※後期高齢者医療制度・介護保険の両方に設定希望の場合には、申請書の「申請項目」で両方の口にチェックを付けた上で、どちらか一方の課に申請書を提出すれば足ります。

# 送付先変更（ 設定 ・ 解除 ） 申請書

【 柏市 後期高齢者医療制度 ・ 介護保険 共通 】

令和 年 月 日

柏市長 あて

申請者	(フリガナ)		電話	
	氏名		生年月日	年 月 日
	住所	(〒 - )	被保険者との関係	

当該被保険者に関する書類については、以下の理由により居住地での受け取りが困難であるため、送付先変更の（設定・解除）を申請します。

申請理由	1 入院・入所中の病院・施設等へ送付希望 2 本人管理困難のため親族等へ送付希望 3 成年後見人・保佐人等の認定 4 送付先変更の解除（解除の理由： _____） 5 被保険者の死亡 6 その他（ _____）
------	--

申請項目及び被保険者番号等	希望する <input type="checkbox"/> 全てに <input checked="" type="checkbox"/> をしてください。	※後期高齢者医療制度では本人氏名非表示を選択できません。介護保険では期間と対象書類を選択できません。		
	<input type="checkbox"/> 後期高齢者医療制度	番号		
		期間	<input type="checkbox"/> 永年 ・ <input type="checkbox"/> 期間指定( 年 月まで)	
		対象書類	<input type="checkbox"/> 資格関係書類 <input type="checkbox"/> 給付関係書類 <input type="checkbox"/> 保険料関係書類 <input type="checkbox"/> 保健事業関係書類	
<input checked="" type="checkbox"/> 介護保険	番号			
	本人氏名の非表示	<input type="checkbox"/> 被保険者宛では紛失するため、本人氏名を表示しない		

被保険者	(フリガナ)		生年月日	
	氏名			年 月 日
	住所			

設定の場合の送付先	<input type="checkbox"/> 申請者と同じ（送付先が申請者である場合は左に <input checked="" type="checkbox"/> をし、以下の記入は不要です）				
	<input type="checkbox"/> 申請者以外	(フリガナ)		電話	
		氏名		生年月日	年 月 日
		住所	(〒 - )	被保険者との関係	

申請者として以下に同意します。

- ・ この送付先変更（設定・解除）に関する事項は、被保険者（被保険者死亡の場合は相続人）又はその関係者、並びに送付先に説明済みであり、問題が生じた場合は私が責任を負います。
- ・ 送付先設定の場合、今後、設定の解除または変更が必要となった際は、私が再申請等の対応をします。

裏面に申請に必要な添付書類と注意点を掲載していますので必ずご確認ください。

（以下、市役所使用欄）

決裁	課長	担当課長	課長補佐	係長	担当

宛名 受付【收受印】 転送先【收受印】

広域