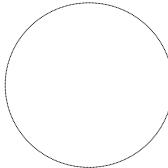


送付先住所設定申出書



(あて先) 龜岡市長、京都府後期高齢者医療広域連合長

後期高齢者医療制度及び介護保険制度に関する書類について、
下記送付先住所に送付してください。

申出日	令和 年 月 日
-----	----------

申出人	フリガナ	被保険者との関係								
	氏名	自署であれば押印省略可								
	電話番号	() —								
被保険者	後期高齢者医療被保険者番号	0								
	介護保険被保険者番号	0	0	0	0					
	フリガナ					委任欄	私は、上記申出人に送付先住所設定の申出を委任します。			印
	氏名									
	生年月日	明治・大正・昭和 年 月 日								
	住所	〒 —								
電話番号	() —									
送付先	フリガナ									
	氏名(方書き)									
	住所	〒 —								
	電話番号	() —								
	設定住所地の詳細	1 家族住所地(続柄)				2 入所施設				
	設定の理由	3 住民票住所地				4 その他()				
	1 施設入所のため				2 施設退所のため				3 本人不在のため(入院等)	
	4 郵便物管理のため				5 本人死亡のため				6 送付先設定の解除	
	7 その他()									

※ 申出人の本人確認書類(運転免許証等)の提示をお願いします(郵送の場合は本人確認書類のコピーを同封してください)。

※ 申出人が被保険者本人の場合、または被保険者死亡の場合は委任欄への押印は不要です。

※ 後期高齢者医療被保険者番号、介護保険被保険者番号については、いずれか一方を記入してください。

※ 送付先の設定内容については、後期高齢者医療制度と介護保険制度で共有して利用します。

(亀岡市処理欄)

保健医療課長	副課長	係長	担当	個人番号カード・運転免許証・資格確認書・介護保険証・その他() により申出人確認済(証番号等)	
高齢福祉課長	副課長	係長	担当	備考	