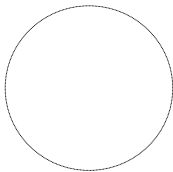


送付先住所設定申出書



(あて先) 亀岡市長、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											
	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 3 住民票住所地 4 その他()										
	設定の理由	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)

保険医療課長	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)
				宛名No 入力日
高齢福祉課長	副課長	係長	担当	備考