

①被保険者に関する事項

②申立・誓約書に係る事項(被保険者死亡により申立・誓約書を提出している場合に記入)

③送付先情報

福島県後期高齢者医療広域連合長

上記のとおり届出します。なお、上記届出内容に変更があった場合、遅滞なく届出することを申し添えます。

※本人、法定代理人、同居の家族以外の方が届出者の場合は、被保険者(法定相続人等)からの委任状況が分かる書類等を添付すること。

市町村 確認欄	システム 入力日		入力者		確認者		市町村名	
	本人確認	☐ 運転免許証 ☐ 個人番号カード ☐ 資格確認書等 ☐ その他()		法定相続人等 確認	☐ 公簿等による確認(住民基本台帳、戸籍謄本等) ☐ 遺産分割協議書 ☐ その他()			
	備考							

後期高齢者医療制度に係る通知書等送付先を指定する届出書

記載例

①被保険者に関する事項

被保険者番号	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	0	0	0	0	0	
被保険者住所	福島県福島市中町8番地2号															
被保険者氏名	後期 広										生年月日	昭和 〇〇 年 〇				

該当するものに○をつけてください

- ・送付先を新たに設定する場合は「新規」に○をつける
- ・既に届出している送付先を変更する場合は「更新」に○をつける
- ・既に届出している送付先設定を終了し、住所地及び本人に送付する場合は「廃止」に○をつける

②申立・誓約書に係る事項

申立者住所 (法定相続人等住所)																
申立者氏名 (法定相続人等氏名)											死亡した被保険者 との続柄					

被保険者が死亡しており、法定相続人代表から提出された「申立・誓約書」とは異なる送付先を宛先を指定する場合のみ記入ください

③送付先情報

宛先 (建物、施設名 まで記入)	〒 960-8043 福島県福島市中町8番地2号 福島県自治会館2階															
送付先宛名	フリガナ コウキ タロウ 後期 太郎										電話番号	024-563-5255				
送付先を 指定する 書類	☒ 施設に入所のため ☐ 入院のため ☐ 転居のため ☐ 法定代理人(成年後見人等)が選定されたため ☐ 親族が書類を提出するため ☐ その他(下に理由を記載してください) 該当する書類にチェックマーク															
送付先を 指定する 書類	☒ 被保険者の資格に関すること(資格確認書等) ☐ 保険料の賦課収納に関すること(保険料決定通知書や納入通知書等) ☐ 保険給付に関すること(高額医療のお知らせや医療費のお知らせ等)															
指定期間	開始	令和 4 年 5 月 1 日から														
	終了	令和 5 年 3 月 31日まで														

設定したい送付先の宛先を記入ください

- ・建物、施設の場合はその名称を記入ください
- ・病院等で担当窓口がある場合は、担当課名称まで記入ください
例：・フクシマコウイキハイツ1号棟 101号室
・特別養護老人ホーム 福島広域苑 ・福島広域連合病院 業務課

被保険者(申立・誓約書に係る場合、申立者)との続柄を記入ください

宛名を記入ください

病院・施設等に入院・入所の場合は、誤開封防止のため、被保険者本人の名前を記入ください

変更しなければならない理由にチェックマーク

該当がない場合は、「その他」のチェックし、具体的な理由を記入ください

(1) 新規、更新の場合

- ①開始の日付を記入ください(窓口受付日以降の日付です)
 - ②終了日が決まっている場合は、終了の日付を記入ください
- (2) 廃止の場合
- 終了の日付のみ記入ください(窓口受付日以降の日付です)

届出者の情報を記入ください

続柄には、被保険者(申立・誓約書に係る場合、申立者)との続柄を記入ください

福島県後期高齢者医療広域連合長

上記のとおり届出します。なお、上記届出内容に変更があった場合、遅滞なく届出することを申し添えます。

届出日	令和 4 年 4 月 1 日																
届出者	住所	〒 960-8043 福島県福島市中町8番地2号															
	氏名	後期 広										電話番号	024-528-9025				

※本人、法定代理人、同居の家族以外の方が届出者の場合は、被保険者(法定相続人等)からの委任状況が分かる書類等を添付すること。

市町 確認	記載不要														
----------	------	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

【提出先】

お住いの市町村後期高齢者医療制度担当窓口

【記載方法】

- ・初めて届出する場合は「新規」、既に届出している送付先と異なる送付先を指定する場合は「更新」、届出している送付先を終了し、住所地に送付する場合は「廃止」に○をつけてください。
- ・「①被保険者に関する事項」について、被保険者の被保険者番号、住所、氏名、生年月日を記載ください。
- ・「②申立・誓約書に係る事項」について、被保険者が死亡し「申立・誓約書」を提出している場合に、法定相続人代表(申立者)の住所と異なる場所に送付したい場合に記載し、届出ください。(申立・誓約書を提出していない場合は、あわせて提出ください。)
- ・「③送付先情報」は宛先、宛名、宛名の方の日中連絡の取れる電話番号、被保険者との続柄(申立・誓約書に係る場合は申立者との続柄)、送付先を変更する理由、送付先を指定する書類、指定期間(終了日が未定の場合は空欄)を記載ください。
- ・「届出日」は市町村担当窓口へ提出する日を記載ください。
- ・「届出者」は届出をする人の情報を記載ください。「続柄」には被保険者との続柄(申立・誓約書に係る場合は申立者との続柄)を記載ください。

【注意事項】

- ・届出の際に、届出者の身分証明書(個人番号カード、運転免許証、資格確認書等)が必要です(郵送の場合は、写しを添付)。
- ・本人、法定代理人、同居の家族以外の方が届出者の場合は、被保険者からの委任状況がわかる書類を別途準備ください。
- ・送付先変更の必要がなくなった場合(終了)や、更に送付先を変更する場合(更新)は、再度届出が必要です。
- ・被保険者が県内で転出する場合、転出先の後期高齢者医療制度担当窓口で再度届出が必要です。
- ・被保険者が県外へ転出する場合、転出前の後期高齢者医療制度担当窓口へ転出後の送付先を届出してください。