

中止用

表

介護保険・後期高齢者医療制度関係書類送付先変更中止届

年 月 日

佐野市長 様
栃木県後期高齢者医療広域連合長 様

裏面の注意事項を確認の上、当該被保険者に関する書類の送付先変更の中止をお願いします。

Table with columns for insurance type (介護保険, 後期高齢者医療), address (住所), name (氏名), and phone number (電話番号). Includes a section for '送付先変更を中止する書類' (Documents to be cancelled).

Table for '中止する送付先' (Cancelled delivery address) with columns for address (住所), name (氏名), and phone number (電話番号).

届出者が被保険者および代理人と違う場合は、下記事項もご記入ください。(ケアマネージャーの方は、事業所と自分の名前を記入してください。)

Table for additional information: 届出者住所 (Sender address), 届出者氏名 (Sender name), 被保険者との関係 (Relationship with insured), 届出者電話番号 (Sender phone number).

受付印 (Receipt stamp) box.

\* 以下、佐野市で記入

受付確認 (Receipt confirmation) box with fields for 受付者 (Receiver) and ① 運転免許証 ② その他の身分証明書 (Driving license, other ID).

\* 運転免許証等以外の場合は、2種類の身分証明書の確認が必要です。(参:後期高齢者医療保険証再交付)

## 【注意事項】

- ・ 委任者及び代理人の両者が承諾の上、この送付先変更中止届を提出してください。
- ・ 「送付先変更を中止する書類」に○を付けた書類のみ送付先変更を中止します。
- ・ 介護保険と後期高齢者医療制度で送付先住所が異なる場合は、それぞれ送付先変更中止届を提出してください。

※受付された係は、関係する係へコピーを配布してください。

処 理 欄	介護サービス係	<input type="checkbox"/> システム入力 ( . . ) <input type="checkbox"/> TASK入力 ( . . )	入力者	
	地域支援事業係	<input type="checkbox"/> システム入力 ( . . ) <input type="checkbox"/> TASK入力 ( . . )	入力者	
	介護認定係	<input type="checkbox"/> システム入力 ( . . ) <input type="checkbox"/> TASK入力 ( . . )	入力者	
	保険料係	<input type="checkbox"/> システム入力 ( . . ) <input type="checkbox"/> TASK入力 ( . . )	入力者	
	長寿医療係	<input type="checkbox"/> 広域連合システム入力 ( . . . ) <input type="checkbox"/> TASK入力 ( . . )	入力者	