

送付先指定申請書  
【介護保険・後期高齢者医療制度 共通】

(宛先) 流山市長

令和 年 月 日

当該被保険者に関する通知等の送付先について、申請者として以下に同意したうえで申請します。  ←申請者のチェック☑が必要です

この送付先指定に関する事項は、被保険者(被保険者の意思確認ができない場合は家族等関係者)、送付先となる方に説明し了承済みであり、問題が生じた場合は私が責任を負います。

また、設定した送付先について、郵便物の不着等その他の理由により、市の判断によって事前・事後の通知等なく終了される場合があります。

なお、市が必要と認めた場合は、申請内容について確認を行うことがあります。

<申請する方について記入してください>

住所	〒		
フリガナ		対象者との続柄	
氏名			
電話番号			
指定する理由 (該当項目に チェックをして 下さい。)	<input type="checkbox"/> 本人管理困難のため <input type="checkbox"/> 被保険者の施設入所・入院中のため <input type="checkbox"/> 成年後見人・保佐人等の認定 <input type="checkbox"/> 送付先変更の解除(解除の理由： <input type="checkbox"/> その他( ) )		

<対象者について記入してください>

介護保険 被保険者番号									
対象者 現住所 (住民票の住所)	〒								
フリガナ					生 年 月 日				
対象者氏名等					大 昭 年 月 日				

<送付先について記入してください>

(☑をした場合、以下の記入は不要です)

住所	<input type="checkbox"/> 申請者と同じ <input type="checkbox"/> 送付先指定を解除し、現住所に戻す 〒		
受取人 (送付先宛名)	<input type="checkbox"/> 申請者と同じ <input type="checkbox"/> 住所は入所施設宛であるが、本人宛とする		
	フリガナ	対象者との続柄	
	様方		
電話番号			

<送付先指定する郵便物>

※送付先を希望する項目にチェックをして下さい。

介護保険	市確認欄	後期高齢者医療保険
被保険者証・認定申請関係	<input type="checkbox"/>	介受 資格関係 <input type="checkbox"/>
保険料関係	<input type="checkbox"/>	介普・介賦・介特 保険料関係 <input type="checkbox"/>
給付関係(負担割合証・負担限度額・高額等)	<input type="checkbox"/>	介給 給付関係 <input type="checkbox"/>

<問い合わせ先>

流山市役所  
介護支援課介護給付係・介護認定係  
電話：04-7150-6531(直通)  
保険年金課後期高齢者医療係  
電話：04-7199-3306(直通)

市 記 入 欄	受付方法	受付者	入力日	後期渡し日	添付書類確認
	〒・窓				免・医保・介保・ マイナンバー その他 ( )

※必要書類と注意事項について裏面を必ず確認の上、提出をお願いします。

## 送付先指定申請書の注意事項

1. 〈送付先指定する郵便物〉で、選択した区分の書類のみ送付先が変更されます。選択していない区分の書類は、従来どおり住民票の住所へ送付されます。
2. 送付先については、原則、ご本人もしくはご家族様宛となります。
3. 介護認定の結果のみ送付先指定したい場合は、表面送付先指定する郵便物のチェック欄で介受(被保険者証・認定申請関係)のみにチェックをしてください。  
※新規介護認定申請の場合に限り、負担割合証も同封して送付されます。
4. 既に発送準備がされている郵便物については、送付先の変更が間に合わない場合があります。
5. 設定した送付先を変更または解除する場合は、再度、送付先指定申請書【介護保険・後期高齢者医療制度 共通】が必要です。なお、変更については、元の送付先が解除となることについて、関係者に了承を得てください。
6. 次のいずれかに該当した場合、送付先設定を解除することがあります。
  - ・送付先設定について、被保険者本人、親族等の同意が得られていないと認められた場合
  - ・虚偽による届出であると認められた場合
  - ・設定した送付先に郵便物が届かない場合
  - ・その他適当でないと市が判断した場合

### ●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。

申請理由	必要な添付書類	注意点
被保険者本人が郵便物を管理することが困難なため（親族等に送る等）	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）の氏名と住所がわかるように添付してください。
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）名称と氏名と住所が分かるように添付してください。
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）	①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 ②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）の氏名と住所がわかるように添付してください。 左記の①②両方が必要です。
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）	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	解除の理由をお書きください。 また、別の送付先に変えたい場合、その旨をご記入ください。
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（または氏名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）の氏名と住所がわかるように添付してください。