

後期高齢者医療、福祉医療（老人、障害、ひとり親）、子育て支援医療

送付先変更依頼届

今後、以下の制度に関する対象者への送付物については、住民登録地ではなく、以下の送付先への郵送を依頼します。なお、送付先の変更等が生じた場合には、速やかに申し出ます。

①届出制度情報の記入をお願いします。年 月 日

制度	「被保険者番号(後期)」又は 「受給者番号(福祉、子育て)」	対象者氏名	生年月日
			年 月 日

後期のみ：健管 有・無 ※制度：後期→39、老人(福祉)→41、障害(福祉)→43、ひとり親(福祉)→44、子育て→45

②届出事由及び送付先住所の記入をお願いします。

届出事由	A.変更開始		B.変更解除	
	※解除の場合は、下記の送付先住所は記入不要です			
送付先住所	住所	〒 - □対象者と同じ (注) マンション名、棟・号室まで正確にお書きください		
		様方 □ 様方不要	フリガナ	
	宛名			
電話番号	() -	備考		

③届出者情報の記入をお願いします。

届出者	フリガナ		電話番号	() -
	宛名	(続柄)		

□ 届出者が対象者である場合 →ご記入いただく箇所は以上です。本人確認できるもののご提示をお願いします。郵送の場合は、写しを同封してください。

□ 届出者が対象者と異なる場合 →委任状が必要となりますので、裏面にお進みください。
また、届出者の本人確認できるもののご提示(郵送の場合は写しを同封)をお願いします。

本人確認できるもの 例：マイナンバーカード・資格確認書・介護保険証・免許証 等

(注意) 令和2年10月1日より健康保険法などの改正により、「告知要求制限」の規定が設けられたため、資格確認書をコピーする場合は保険者番号、被保険者記号・番号が見えないようにしてください。

以下は宇治市処理欄です。記入しないで下さい。

本人確認 □マイナンバーカード、□資格確認書、□その他 ()

届出者確認 □免許証、□マイナンバーカード、□資格確認書、□その他 ()

受付	窓口 ・ 郵送
担当者	
健管	有 ・ 無

④対象者から届出者への委任状の記入をお願いします。

宇治市健康長寿部 年金医療課 あて

年 月 日

委 任 状

宇治市健康長寿部 年金医療課 後期高齢者医療係 及び 福祉医療係より郵送を行う
すべての送付物に関する一切の権限を下記の者に委託いたします。
このことについて、双方確認いたします。

委任者(対象者)

住 所 宇治市

氏 名

電話番号 () -

受任者(届出者)

住 所

氏 名

電話番号 () -

※委任状の記入が難しい場合は、委任者(対象者)の資格確認書またはマイナンバーカードの
提示（郵送の場合は写し）をお願いします。

以下は宇治市処理欄です。記入しないで下さい。

	MCWEL		広域システム		福祉システム	
	入力	点検	入力	点検	入力	点検
日付						
担当者						