

記入例

後期高齢者医療に係る郵便物送付先

被保険者番号	0 1 2 3 4 5 6 7
被保険者住所	熊谷市〇〇町△△番地□
フリガナ	クマガヤ ハナコ
被保険者氏名	熊谷 花子
被保険者生年月日	昭和〇年 △月 □日
送付先住所	(〒〇〇〇-XXXX) 〇〇県△△市××町・・・
フリガナ	クマガヤ タロウ
送付先宛名	熊谷 太郎
被保険者との続柄	長男・長女など
送付先変更の理由	1.病院に入院中(病院名: 2.施設に入所中(施設名: 3.その他(理由:本人の

「後期高齢者医療資格確認書」の左上にある8桁の被保険者番号を記入してください。マイナ保険証の方は、マイナポータルで確認できます。わからない場合は、未記入で結構です。

○ご本人様の資格確認書の
・ご住所・氏名・生年月日を記入してください。
資格確認書、マイナンバーカードを確認させていただきます。

○新しい送付先となる
・住所・宛名・被保険者様から見た宛名になる方の続柄
・送付先変更理由 を記入してください。
○新しい送付先が届出人住所と異なる場合は、送付先の住所等が確認できる書類が必要です。

○届出人
・各項目を記載してください
注意※本人確認書類を添付してください。

令和〇 年 〇 月 〇 日

届出人 住所 〇〇県△△市××町・・・

日中つながる番号を
記入してください。

氏 名 熊谷 太郎

(被保険者との続柄: 長男など)

電 話 090-XXXX-XXXX

注意※本人確認書類は、

① 官公署が発行した写真付きの本人確認をすることができる書類 1 点

例：マイナンバーカード、運転免許証、運転経歴証明書（平成24年4月1日以降に交付のもの）、パスポート、身体障害者手帳 等

② ①が困難な場合は、官公署が発行した本人確認をすることができる書類 2 点

例：公的医療保険の資格確認書、介護保険被保険者証、介護保険負担割合証、保険料決定通知、年金手帳 等

お問い合わせ先：熊谷市役所 保険年金課 後期高齢者医療係

電話番号：048-524-1111 内線 278・302