

# 送付先変更届

国民健康保険・介護保険・後期高齢者医療保険・福祉医療費助成・障害福祉

年 月 日

精華町長 様

届出人 住所 〒

フリガナ

氏名

( 送付先を変更  
する人との関係 )

( 電話番号 - - )

下記の理由により、国民健康保険・介護保険・後期高齢者医療保険・福祉医療費助成・障害福祉に関する関係書類の送付先を変更してください。

なお、この送付先変更にあたって、貴町に一切ご迷惑はおかけしません。

(本人・納税義務者)	住所	〒 精華町			
		電話番号 ( ) -			
	フリガナ 氏名	生年月日	大正 昭和 平成 令和	年 月 日	
	フリガナ 氏名	生年月日	大正 昭和 平成 令和	年 月 日	
	フリガナ 氏名	生年月日	大正 昭和 平成 令和	年 月 日	

(該当送付先にレ印)	<input type="checkbox"/> 届出人の住所、氏名を送付先とします。				
	<input type="checkbox"/> 下記の住所、氏名を送付先とします。				
	住所	〒			
		電話番号 ( ) -			
	フリガナ 氏名	送付先を変更 する人との関係			

変更理由 (該当理由にレ印)	<input type="checkbox"/> ①本人が死亡したため <input type="checkbox"/> ②本人が郵便物等、書類の自己管理ができないため <input type="checkbox"/> ③成年後見人がいるため(登記事項証明書の写しを添付してください) <input type="checkbox"/> ④その他 ( )
-------------------	---

----- 精華町事務処理欄 -----

業務	収納	介護	国保	後期	医療	障福
受付						
回付	未・済	未・済	未・済	未・済	未・済	未・済
入力						(別添) 入力 確認表

宛名番号	
世帯識別	- -
被保険者番号	

本届出人出 確認の	免許・パスポート・マイナンバーカード・保険証 その他[ ] 聴取[ ] 委任状・相続代表届
--------------	--