

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 |
|--------------|--|