

送付先変更届
(国民健康保険・後期高齢者医療・介護保険)

届出日 年 月 日

五戸町長様

私は、次の関係書類の送付先変更を届出します。

届出者	住所	〒 -		
	フリガナ			
	氏名			生年月日 年 月 日
	続柄	<input type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> 本人以外 ()		世帯 <input type="checkbox"/> 同一世帯 <input type="checkbox"/> 別世帯
	電話番号	- - [自宅・携帯・その他()]		

被保険者 ※国保の場合は世帯主を記入	<input type="checkbox"/> 世帯主 <input type="checkbox"/> 世帯主以外		被保険者番号	
	氏名 (生年月日 年 月 日)		(国保)	
			(後期)	
			(介護)	

届出区分	新規・変更・解除	開始日	<input type="checkbox"/> 届出日から <input type="checkbox"/> 年 月 日から
送付先変更を希望する書類	<input type="checkbox"/> 国民健康保険 (世帯単位)	全部・一部 (<input type="checkbox"/> 資格 <input type="checkbox"/> 給付 <input type="checkbox"/> 保険税)	
	<input type="checkbox"/> 後期高齢者医療	全部・一部 (<input type="checkbox"/> 資格 <input type="checkbox"/> 給付 <input type="checkbox"/> 保険料)	
	<input type="checkbox"/> 介護保険	全部・一部 (<input type="checkbox"/> 資格 <input type="checkbox"/> 給付 <input type="checkbox"/> 保険料)	

送付先	住所	<input type="checkbox"/> 届出者と同じ 〒 -		
	フリガナ			
	氏名	<input type="checkbox"/> 届出者と同じ 続柄 ()		
	電話番号	<input type="checkbox"/> 届出者と同じ ※被保険者本人に関する対応ができる方の電話番号を記入してください。		

届出理由	<input type="checkbox"/> 施設入所等により長期不在となるため <input type="checkbox"/> 一時的に住所地を離れているため (理由) 出稼ぎ・介護・その他[] <input type="checkbox"/> 高齢等の理由により書類管理が困難であるため <input type="checkbox"/> 送付先変更の必要がなくなったため【解除】 <input type="checkbox"/> その他()
------	---

添付書類	共通	<input type="checkbox"/> 届出者又は来庁者が成年後見人の場合は、登記事項証明書の写し等
		<input type="checkbox"/> 来庁者が施設職員等の場合は、職員証の写し等
		<input type="checkbox"/> 郵送提出の場合は、届出者の本人確認書類の写し
	国保	<input type="checkbox"/> 届出者が別世帯の方の場合は、世帯主からの委任状 <input type="checkbox"/> 自筆困難等の理由により、上記委任状を代筆する場合は申立書

その他連絡事項

【送付先変更に関する留意事項】 必ずお読みください。

- 被保険者の方が亡くなった場合は、自動的に送付先変更が解除されます。
- 送付先が施設等の場合は、事前に了承を得た上で届出してください。
- 郵便物返戻など書類不達の場合は、被保険者の住民登録住所へ送付します。
- 送付先を再度変更する場合、送付先変更を解除する場合は、届出が必要です。
- 五戸町は、届出によって生じるいかなる損害等についてその責を負いません。

受付区分	本人確認書類		
窓口 郵送	免許証・マイナカ・資格確認書 介護保険証・()		
【確認】	【入力】	【回付】	【受付】
		国・後 税・介	