

送付先変更届

竹原市長 様
次のとおり届出ます。

＜届出人＞

年 月 日

住所	〒		
氏名	(印)		続柄
連絡先	電話 () -	FAX () -	

＜対象者＞国民健康保険税及び国民健康保険に関する届出の場合は世帯主

住所 (所在地)	<input type="checkbox"/> 届出人に同じ 〒		
フリガナ			
氏名 (名称)	生年 月日	年	月 日
連絡先	電話 () -	FAX () -	

＜送付先＞

住所	<input type="checkbox"/> 届出人に同じ 〒		
フリガナ			続柄
方書	様方・気付		
連絡先	電話 () -	FAX () -	
送付先変更期間	年 月 日 ~ 年 月 日		

＜届出項目＞該当する項目の□に✓してください

税	<input type="checkbox"/> 市県民税 <input type="checkbox"/> 固定資産税 <input type="checkbox"/> 軽自動車税 <input type="checkbox"/> 国民健康保険税 <input type="checkbox"/> 法人市民税		
保険	<input type="checkbox"/> 国民健康保険	<input type="checkbox"/> 後期高齢者医療保険	<input type="checkbox"/> 介護保険 被保険者番号 ()
	<input type="checkbox"/> 重度障害者医療・タクシー券・障害福祉サービス・更生医療・育成医療 特別障害者等手当・用具等給付		

＜変更理由＞該当する項目の□に✓してください

<input type="checkbox"/> 一時的に住所地を離れているため	<input type="checkbox"/> 病院等に入院・入所しているため
<input type="checkbox"/> 後見等が開始されたため	<input type="checkbox"/> その他 ()

受付時記入欄

本人確認書類	複写	受付者
届出人	免許証・保険証・ ()	係
対象者	免許証・保険証・ ()	
		<input type="checkbox"/> 税務課 <input type="checkbox"/> 医療年金係 <input type="checkbox"/> 介護福祉係 <input type="checkbox"/> 障害福祉係

担当課記入欄

課長	課長補佐	係長	係員			
国民健康保険 被保険者記号・番号 ()		後期高齢者医療保険 被保険者番号 ()				
入力年月日					入力者	
e-AD	年 月 日	介護端末	年 月 日			
後期端末	年 月 日	障害端末	年 月 日			

《注意事項》

- 届出には、対象者及び届出人の本人確認書類（運転免許証・保険証など）及び送付先の確認ができるものを提示してください。
（郵送の場合は、コピーを添付してください。）
（保険証のコピーを添付する場合は、保険者番号と被保険者記号番号は黒く塗りつぶすなどマスキングをしてください。）
- 送付先・届出人が成年後見人等の場合は、登記事項証明書の写し（補助人・保佐人・任意後見人の場合は、当該行為の代理行為目録を含む）を添付してください。
- 送付先の変更にあたっては、事前に対象者、送付先の関係者、家族間等で同意を得るようにしてください。
- 本届出の内容に変更が生じた場合は、速やかに届出をしてください。
- 送付先を変更したにも関わらず書類が返送された場合は、送付先を解除し、住所地へ送付します。
- 国民健康保険税及び国民健康保険に関するお知らせは、世帯主宛に世帯単位での送付となります。個人単位での送付先変更はできません。
- 送付先の宛名を対象者本人以外には変更できません。