

送付先変更届出書

(設定・廃止)

年 月 日

(あて先) 下松市長

届出者	住所	〒 -		
	フリガナ			該当者との 続柄
	氏名			
	生年月日	年 月 日	電話番号	
	本届出により生じた紛争については、当方において一切の責任を負うことを確約します。			
該当者 (納税義務者 被保険者) <input type="checkbox"/> 届出者と同じ	住所			
	フリガナ			該当者との 続柄
	氏名			
	生年月日	年 月 日	電話番号	
送付先 <input type="checkbox"/> 届出者と同じ	住所	〒 -		
	フリガナ			該当者との 続柄
	氏名			
	生年月日	年 月 日	電話番号	
有効期間	年 月 日 ~ 年 月 日			
変更理由	<input type="checkbox"/> 転居のため <input type="checkbox"/> 入院・入所中のため <input type="checkbox"/> その他 ()			
適用範囲	<input type="checkbox"/> 市県民税 <input type="checkbox"/> 軽自動車税 国民健康保険 (<input type="checkbox"/> 被保険者証等 <input type="checkbox"/> 保険税関係) 後期高齢者医療保険 (<input type="checkbox"/> 資格関係の通知 (被保険者証、限度額適用・標準負担額減額認定証) <input type="checkbox"/> 保険料に関する通知 <input type="checkbox"/> 納付関係の通知 <input type="checkbox"/> 支給関係の通知 (医療費通知、高額療養費など)) 介護保険 (<input type="checkbox"/> 受給者管理 <input type="checkbox"/> 納付管理 <input type="checkbox"/> 給付実績管理)			

※届出者本人の身分証明書（運転免許証、健康保険証等）の写しを裏面に添付してください。

※郵便物が届かない場合は、住民基本台帳上の住所に送付します。

※届出内容に変更がある場合は、再度の届出が必要です。

※本届出の適用範囲以外の送付先の変更は、別途届出等が必要です。

下松市 記入欄	受付	被保険者番号		宛名番号	入力
		国保			
		後期			
		介護			