送付先変更届出書

（ 設定・廃止 ）

年　　月　　日

（あて先）下松市長

<table>
<tr><td rowspan="5">届出者</td><td>住所</td><td colspan="4">〒　　－</td></tr>
<tr><td>フリガナ</td><td colspan="2"></td><td rowspan="2">該当者との続柄</td><td rowspan="2"></td></tr>
<tr><td>氏名</td><td colspan="2"></td></tr>
<tr><td>生年月日</td><td>年　　月　　日</td><td>電話番号</td><td colspan="2"></td></tr>
<tr><td colspan="5">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。</td></tr>
<tr><td rowspan="4">該当者
（納税義務者
被保険者）
□届出者と同じ</td><td>住所</td><td colspan="4"></td></tr>
<tr><td>フリガナ</td><td colspan="4"></td></tr>
<tr><td>氏名</td><td colspan="4"></td></tr>
<tr><td>生年月日</td><td>年　　月　　日</td><td>電話番号</td><td colspan="2"></td></tr>
<tr><td rowspan="4">送付先
□届出者と同じ</td><td>住所</td><td colspan="4">〒　　－</td></tr>
<tr><td>フリガナ</td><td colspan="2"></td><td rowspan="2">該当者との続柄</td><td rowspan="2"></td></tr>
<tr><td>氏名</td><td colspan="2"></td></tr>
<tr><td>生年月日</td><td>年　　月　　日</td><td>電話番号</td><td colspan="2"></td></tr>
<tr><td>有効期間</td><td colspan="4">年　　月　　日　～　　年　　月　　日</td></tr>
<tr><td>変更理由</td><td colspan="4">□転居のため　　□入院・入所中のため
□その他（　　）</td></tr>
<tr><td>適用範囲</td><td colspan="4">□市県民税　　□軽自動車税
国民健康保険（□資格確認書等　□保険税関係）
後期高齢者医療保険
（□資格関係の通知（資格確認書等、限度額適用・標準負担額減額認定証）
□保険料に関する通知　　□納付関係の通知
□支給関係の通知（医療費通知、高額療養費など））
介護保険（□受給者管理　□納付管理　□給付実績管理）</td></tr>
</table>

※届出者本人の身分証明書（運転免許証等）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。

<table>
<tr><td rowspan="4">下松市記入欄</td><td>受付</td><td colspan="2">被保険者番号</td><td>宛名番号</td><td>入力</td></tr>
<tr><td rowspan="3"></td><td>国保</td><td></td><td rowspan="3"></td><td rowspan="3"></td></tr>
<tr><td>後期</td><td></td></tr>
<tr><td>介護</td><td></td></tr>
</table>