

## 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 ) □届出者と同じ	住所				
	フリガナ				
	氏名				
	生年月日	年	月	日	電話番号
送付先 □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 <input type="checkbox"/> 国民健康保険 ( <input type="checkbox"/> 資格確認書等 <input type="checkbox"/> 保険税関係) <input type="checkbox"/> 後期高齢者医療保険 <div style="border-left: 1px solid black; padding-left: 10px;"> <input type="checkbox"/>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)  <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)         </div> <input type="checkbox"/> 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			