

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	□転居のため □入院・入所中のため □その他 ( )			
適用範囲	□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)			

※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			