

国民健康保険・後期高齢者医療・福祉医療・介護保険

関係書類等送付先変更届

令和 年 月 日

沼 田 市 長 様

届出人	ふりがな 氏名		電話番号	
	住所	〒	対象者との関係	

【 国民健康保険 ・ 後期高齢者医療 ・ 福祉医療 ・ 介護保険 】の送付先を
次のとおり【 設定 ・ 変更 ・ 廃止 】 したく届け出します。

なお、この届け出により生じた問題に対する責任は、届出人である私が負うことに同意します。

届け出理由 【 施設入所 ・ 入院 ・ 本人管理困難 ・ その他() 】

送付先変更対象者 ※国民健康保険の場合、世帯主も記入してください。なお、対象者が世帯主であるときは記入不要です。

対象者	ふりがな		世帯主	
	氏名			
	生年 月 日	大・昭 年 月 日 平・令		大・昭 年 月 日 平・令
住所		〒		

送付先 ※下の□にレ点をつけてください。

☐ 届出人住所に送付先の変更を希望します。

☐ 下記に送付先の変更を希望します。

送付先	ふりがな 氏名		電話番号	
	住所	〒	対象者との関係	

※ この届出書は、送付先を変更するためのものです。
保険税(料)にかかる権利、義務はあくまでも納税義務者にありますので、ご承知おきください。

※ 届出人と送付先変更対象者が異なる場合は、届出人の本人確認書類が必要です。

処理欄	届出人書類確認		受付者	入力者	確認者
	☐ 免許証 ☐ マイナンバーカード ☐ その他 ()				
			宛名番号※国保は世帯主		