

送付先変更 申請書

令和 年 月 日

(あて先)大東市長

下記理由により、大東市国民健康保険に関する書類等の送付先を変更したく、申請します。
または、送付先設定の抹消を申請します。

申請者 住所

氏名

世帯主との続柄

電話

申請内容	1. 新規 2. 届出内容の変更 3. 設定の抹消(住民登録住所へ送付)		
世帯主氏名	生年月日: 年 月 日		
JC	個人番号		
送付先住所 連絡先	〒 - - <方書> <連絡先> - -		
変更(抹消)理由	あてはまるものにチェック(☑)を入れてください。 <input type="checkbox"/> 成年後見人(保佐人・補助人)が書類を管理するため。 <input type="checkbox"/> 家族・親戚が書類を管理するため。 <input type="checkbox"/> その他 ()		
注意事項	下記の注意事項を確認し、チェック(☑)を入れてください。 <input type="checkbox"/> 国民健康保険関係書類は世帯主宛に送付することになっており、送付先変更する場合は世帯全員分の送付先変更となります。 <input type="checkbox"/> 本申請は国民健康保険関係書類の送付先変更のみです。他に介護保険や各種医療証等の送付先変更が必要な場合は各担当課にご確認ください。 <input type="checkbox"/> 後期高齢者医療保険に加入した場合は送付先情報は引継がれないため、再度届出が必要です。 <input type="checkbox"/> 送付先変更の再設定・抹消をしたい場合は再度国民健康保険担当課に届出が必要です。		

(添付書類)

1. 世帯主の申請

①本人確認書類

2. 世帯主以外の申請

①委任状もしくは代理権が確認できる書類

②代理人の身分証

<大東市記入欄>

受付印

上席主査	主査	係員
------	----	----

(入力チェック)

-
- 送付先入力(資格・給付)
-
-
- 送付先入力(賦課)
-
-
- メモ入力
-
-
- Excelリスト入力

国保番号	大国	-
入力日	令和	年 月 日

受付担当	Wチェック	給付
------	-------	----

【管理終了日】
年 月 日