国民健康保険資格及び給付に係る送付先等変更届

年　　月　　日

都留市長　様

届出人　住　　所

氏　　名

電話番号

世帯主との続柄

次のとおり、送付先の（　変更　・　終了　）を届け出ます。

記号番号	402　―		
ふりがな			
世帯主氏名			
生年月日	大・昭・平・令　　年　　月　　日生		
変更理由	□病院等に入院・入所しているため □一時的に住所地を離れているため □その他（　　）		
新送付先	住　　所	〒　　－	
	ふりがな		世帯主との続柄
	氏　　名		□配偶者　□子 □父・母　□兄弟姉妹
	電話番号	－　　－	□その他（　　）

※　届出人欄と太枠線内を記入（□欄は該当する項目にﾁｪｯｸ☑）してください。

○下記は窓口に来る方が、世帯主および同一世帯以外の場合にご記入ください。

【世帯主自筆】

－承諾書－

国民健康保険の通知書類について、上記の送付先住所へ送付することを承諾します。

世帯主住所

世帯主氏名

※世帯主本人が自筆出来ない場合は、裏面に記入してください。

市記入欄

本人確認書類			備　考	受付印
□運転免許証　□個人番号カード □その他（　　）				
受付	入力　　担当	確認　　担当		
	／	／		

【注意事項】

届出にあたり、次の事項に注意してください。

1　送付先変更にあたっては、新送付先（受取人）からの承諾を得てください。

2　送付先変更を解除する場合（住民票のある住所へ送付する場合）や変更した送付先をさらに変更する場合はあらためて届出が必要です。届出をしない限り、新しい送付先へは送付されません。

※郵便物が届かない場合は、変更した送付先を解除することがあります。

3　申請者が法定代理人の場合は、確認できる官公署が発行した書類の写しを添付してください。

4　**国民健康保険税の納付書や納税通知は、「送付先の住所」に送付されません。税務課にて届出が必要です。**

世帯主本人が自筆できない場合

本人が自筆できない理由	□入院していて面会が出来ない □手が不自由で字が書けない □その他（　　）
同意の確認	私（申請者）は、本人（世帯主）から当届出の提出について同意を得ています。 年　　月　　日　　氏名＿＿＿＿＿＿＿＿