

国民健康保険送付先変更届

令和 年 月 日

小坂町長 あて

小坂町国民健康保険資格確認書等の送付先変更を届出します。
この送付先変更に関して、当該世帯主・被保険者・送付先人に説明済みであり、生じた問題
に関しての責任は届出者が負うことに同意します。

届 出 区 分	☐ 新規 ☐ 変更 ☐ 解除		
届 出 者 名	印	世帯主 との関係	☐ 本人 ☐ 同一世帯員 ☐ 後見人 ☐ その他（ ）
届 出 者 住 所	〒 -		
連絡先電話番号			

世帯主	被保険者番号			
	住 所			
	氏 名		生年月日	明 大 年 月 日 昭 平
	電話番号			
	委任欄 ※届出者が同一世帯員、後見人の場合は記入不要。	本届出に関する事項について、届出者 へ委任します。 令和 年 月 日 世帯主 印		
送付先	宛 先	〒 -		
		【方書】		
※届出者と同一場合や解除の場合は記入不要です。	ふりがな 氏 名		世帯主 との関係	☐ 本人 ☐ 同一世帯員 ☐ 後見人 ☐ その他（ ）
	電話番号			
変更理由		☐ 擬制世帯主でなく被保険者の宛名で送付希望 ☐ 上記送付先への長期滞在（理由： ） ☐ 被保険者の入院・施設入所 ☐ 被保険者の判断力の低下 ☐ その他（ ）		
送付先変更期間		令和 年 月 日から令和 年 月 日 まで（最長1年間） ※期間が決まっていない場合は開始日を記入してください。 ※解除の場合は終了日のみ記入してください。		
添付書類		☐ 届出者身分証明書 ☐ 後見人の場合証明書（決定書写しまたは登記事項証明書写し）		