

国民健康保険被保険者証・高齢受給者証送付先変更届

令和 年 月 日

小坂町長 あて

小坂町国民健康保険被保険者証・高齢受給者証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	<input type="checkbox"/> 新規 <input type="checkbox"/> 変更 <input type="checkbox"/> 解除		
届出者名	<input checked="" type="checkbox"/> 世帯主 との関係	<input type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> 同一世帯員 <input type="checkbox"/> 後見人 <input type="checkbox"/> 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	昭平
	電話番号			
	委任欄 <small>※届出者が同一世帯員、後見人の場合は記入不要。</small>	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 _____ <input checked="" type="checkbox"/>		
送付先	宛先	〒 - 【方書】		
<small>※届出者と同じ場合や解除の場合は記入不要です。</small>	ふりがな 氏名	世帯主 との関係	<input type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> 同一世帯員 <input type="checkbox"/> 後見人 <input type="checkbox"/> その他 ()	
	電話番号			
変更理由	<input type="checkbox"/> 擬制世帯主でなく被保険者の宛名で送付希望 <input type="checkbox"/> 上記送付先への長期滞在 (理由: _____) <input type="checkbox"/> 被保険者の入院・施設入所 <input type="checkbox"/> 被保険者の判断力の低下 <input type="checkbox"/> 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) <small>※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。</small>			
添付書類	<input type="checkbox"/> 届出者身分証明書 <input type="checkbox"/> 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)			