年　　月　　日

みやき町長　　様

住　　所
届　出　者　　氏　　名
（記入された方）　被保険者との続柄
電話番号

送　付　先　変　更　届　出　書

みやき町からの**国民健康保険（資格）**に関する送付物について、下記のとおり送付先の変更を届出ます。

フ　リ　ガ　ナ		有効期限を指定する場合	年　月　日まで
被保険者氏名		被保険者番号	
生　年　月　日	年　月　日	性　別	男　・　女
変更前送付先住所	〒 電話番号：　－　－		
変更後送付先住所 （施設の場合は施設名まで）	〒 電話番号：　－　－		
変更後送付先住所の受取人		変更する方との続柄	
理　由			

※委任状を添付される場合、届出者は代理人になります。

※この届出後は、変更後の住所に送付されますので、変更した送付先を更に変更される場合は、再度送付先変更の届出が必要になります。

〔町記入欄〕

受付担当課		受付年月日	・　・	受付者名	

届出者確認方法（下記　　番で確認）
①写真入り身分証明書の提示　②被保険者からの委任状持参　③町からの勧奨通知等持参
④町職員による確認（確認した職員名　　）　⑤入所施設等職員で写真入り職員証等の提示
⑥成年後見人等を示す公正証書等の提示　⑦住所・氏名・生年月日等を申告してもらい住基等で確認
⑧郵送等による提出のため未確認