

年 月 日

みやき町長 様

住 所 _____
届 出 者 氏 名 _____
(記入された方) 世帯主との続柄 _____
電話番号 _____

送 付 先 変 更 届 出 書

国民健康保険（資格・給付）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					
世帯主氏名		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								

※・届出者が世帯主と同一世帯でない場合は委任状等が必要です。

- ・ 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。

担 当 課 名		受付年月日	.	.	受 付 者 名	
届出者確認方法（下記 番で確認） ①マイナンバーカード ②運転免許証 ③パスポート ④身体障害者手帳 ⑤その他（ ） 上記の証明書がない場合下記書類を2つ以上（下記 番, 番で確認） ①資格確認書 ②年金手帳 ③官公庁から発行された書類（氏名・生年月日または住所が記載されているもの） ④住民票の写し ⑤その他（ ） 届出者が世帯主・世帯員以外の時の委任確認方法（下記 番で確認） ①委任状 ②成年後見人等を示す公正証書等 ③その他（ ）						