

送付先変更届（登録・変更・廃止）

受付印

(宛先) 柏崎市長、新潟県後期高齢者医療広域連合長

次のとおり、この届書に記載した住所、氏名等の個人情報について、関係課職員で情報を共有することに同意し、郵送物等の送付先の変更を希望します。

令和 年 月 日

届出人 (窓口に来た人) <input type="checkbox"/> 届出人が対象者 (本人)である ↓ ※この欄は記入不要	フリガナ		対象者 との関係	
	氏名			
	住所 (方書)	〒 ー 電話 ()		
成年後見人等の場合 添付書類	<input type="checkbox"/> 登記事項証明書の写し(発行日から3か月以内のもの) <input type="checkbox"/> 代理行為目録の写し(保佐、補助、任意後見の場合) <input type="checkbox"/> 委任状(成年後見人等と窓口に来た人が異なる場合)			
成年後見人等以外の場合 確認事項	<input type="checkbox"/> この届出書は本人の意思に基づくものに相違ありません。 ※対象者が届出人の場合は確認不要			

対(本 象 人 者)	フリガナ		生年月日	明 大 昭 平 令	
	氏名			年 月 日	
	住所 (方書)	〒 ー 電話 ()			

送 付 先	フリガナ		対象者 との関係	
	氏名			
	住所 (方書)	<input type="checkbox"/> 届出人住所と同じ 〒 ー 電話 ()		

郵便物等の送付先の登録等を希望する項目にチェックを付けてください。

国民健康保険	後期高齢者医療	介護保険	障害福祉
<input type="checkbox"/> 国民健康保険に関する通知 ※世帯主のみ該当	<input type="checkbox"/> 資格関係(資格確認書等) <input type="checkbox"/> 賦課・収納関係 (保険料納付書) <input type="checkbox"/> 給付関係(療養費関係)	<input type="checkbox"/> 介護保険に関する通知	<input type="checkbox"/> 障害福祉制度(手帳等)に関する全ての通知 (手当関係を除く) <input type="checkbox"/> 障害福祉サービスに関する全ての通知
	有効期間 令和 年 月 日から 令和 年 月 日まで		

裏面の注意事項もお読みください。

※市役所処理欄		受付者	所属 氏名						
窓口に来た人の確認		<input type="checkbox"/> 運転免許証 <input type="checkbox"/> 旅券 <input type="checkbox"/> 住基カード <input type="checkbox"/> 個人番号カード <input type="checkbox"/> 資格確認書 <input type="checkbox"/> 介護保険被保険者証 <input type="checkbox"/> 口頭確認 <input type="checkbox"/> 職員確認 <input type="checkbox"/> その他()							
国保医療課		国保医療課		介護高齢課		福祉課		福祉課	
入力	チェック	入力	チェック	入力	チェック	入力	チェック	入力	チェック

証No.

証No.

送付先変更届を提出された方へ

【注意事項】

(1) 届を提出されても、年齢未到達等の理由により、届出時点でその業務に該当しなかった場合は、送付先が変更されない場合があります。その場合は、該当した時点であらためて届出をお願いします。

該当した時点で、自動的に送付先変更を行うものではありませんので、ご注意ください。

(2) 届出の内容によっては、担当課からお問い合わせする場合があります。

(3) 転居等で送付先が変更になった場合は、その旨の届出（変更）をお願いします。

(4) 変更を希望された日から、実際に送付先の変更が完了するまでに数日かかることがあります。その場合、変更になる前の住所等に通知が送付されることがありますので、ご了承ください。

(5) 書式や添付書類等は、今後、変更になる場合がありますので、最新の情報をご確認ください。