

南房総市長 石井 裕 宛

届出人 住 所

氏 名

印

電話番号 ()

被保険者との関係

国民健康保険・後期高齢者医療及び介護保険に関する書類の送付先変更届

当該被保険者に対する国民健康保険・後期高齢者医療及び介護保険に関する書類について、以下の理由により住所地での受取りが困難であるため、裏面の注意事項を承認したうえで、送付先を変更するよう依頼します。なお、この送付先変更に関する事項は、被保険者（又はその関係者）及び送付先に説明済みであり、この届出により生じた問題に対する責任は、届出人である私が負うほか、本書（写し含む）を関係各課へ回付することに同意します。

被 保 険 者	被保険者 番 号	国民健康保険		後期高齢者医療保険		介護保険	
	住 所						
	フリガナ 氏 名			生年 月 日	大・昭・平・令 年 月 日		
送 付 先 等	住 所	〒					—
	氏 名			電話番号	()		
	被保険者 との関係	本人 ・ 親族 () ・ 成年後見人 ・ その他 ()					
	国保	すべての関係書類 ・ 資格確認書等 ・ 給付関係書類 ・ 保険税関係書類					
	後期	すべての関係書類 ・ 資格確認書等 ・ 給付関係書類 ・ 保険料関係書類					
	介護	すべての関係書類					
変更理由		<div><div><input type="checkbox"/>入院・施設入所</div><div><input type="checkbox"/>判断力低下</div><div><input type="checkbox"/>成年後見人</div><div><input type="checkbox"/>家族の事情（介護等）</div><div><input type="checkbox"/>その他 ()</div><div><input type="checkbox"/>送付先変更の必要がなくなったため（解除の場合のみ）</div></div>					
備 考							

※被保険者以外の方が届け出される場合は、以下の委任についてご記入ください。

私は、書類の受領を上記の送付先変更の者に委任するとともに、本書（写し含む）を関係各課で共有することに同意します。

委任者（被保険者） 住所

氏名 印

確認書類：☐個人番号カード ☐運転免許証 ☐パスポート ☐資格確認書 ☐その他 ()

受付窓口：☐市民課 ☐保険年金課 ☐高齢者支援課 ☐朝夷行政センター ☐_____地域センター

担当課への回付：☐保険年金課 ☐高齢者支援課 ☐税務課

注意事項

本書を提出するに当たり、次の事項に注意してください。

- 1 送付先を変更するに当たっては、送付先変更の方からの承諾を得てください。
- 2 送付先を成年後見人とする場合は、登記事項証明書の写しを添付してください。
- 3 本書は、提出時に資格を有する制度のみ対象とします。
資格を有していない制度の欄に○を付けられても送付先変更として取り扱うことはできません。資格取得後にあらためて本書を提出してください。
- 4 届け出た内容の変更や送付先を変更する必要がなくなった場合は、あらためて本書を提出してください。
- 5 本書を提出後、転出等により資格を喪失されたのち、再度、南房総市への転入等により資格取得された場合は、先に提出された送付先変更届の内容は引き継がれません。
※後期高齢者制度では、千葉県内への転出では資格をそのまま引き継ぐことから、送付先変更を行った後に千葉県内の他市町村に転出された場合、転出先でも送付先変更を引き継ぐことになります。
- 6 送付先変更の住所宛に送付物が届かなくなった場合は、申請者の同意を得ずに、被保険者の住所へ送付させていただきます。