

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	国民健康保険	後期高齢者医療保険	介護保険
	番 号			
	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	〒 一		
	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	<input type="checkbox"/> 入院・施設入所 <input type="checkbox"/> 判断力低下 <input type="checkbox"/> 成年後見人 <input type="checkbox"/> 家族の事情（介護等） <input type="checkbox"/> その他 ( ) <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）			
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  朝東行政センター  \_\_\_\_\_ 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。