

(表)

令和 年 月 日

南房総市長 石井 裕 宛

住 所 \_\_\_\_\_  
申請者 氏 名 \_\_\_\_\_  
電話番号 ( ) \_\_\_\_\_  
被保険者との関係 \_\_\_\_\_

国民健康保険に関する書類送付先変更願

当該被保険者に対する国民健康保険に関する書類については、下記の事由により居住地での受取りが困難であるため、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）並びに送付先に説明済みであり、生じた問題に対する責任は、申請者である私が負うことに同意します。

被 保 険 者	被 保 険 者 番 号	
	住 所	
	(フリガナ) 氏 名	
	生 年 月 日	昭和・平成・令和 年 月 日
転 送 先	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 ( )
送付先変更の理由		<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"/> 送付先変更の必要がなくなったため（解除の場合のみ） <input type="checkbox"/> その他 ( )
送付先変更期間		永年 ・ 令和 年 月 まで
転送書類	該当者	世帯全て・上記被保険者のみ
	種類	全て・被保険者証等・給付関係書類・保険税関係書類

(裏)

## 委任状

私は、私に対する、国民健康保険に関する書類の受領を下記代理人に委任します。

令和 年 月 日

被保険者署名 \_\_\_\_\_ 印

記

代理人（郵送物受領者）

住 所 \_\_\_\_\_

氏 名 \_\_\_\_\_ 印

被保険者との関係 \_\_\_\_\_