

# 送付先変更届出書

(あて先) 胎内市長  
 (あて先) 新潟県後期高齢者医療広域連合長

次のとおり、関係書類の送付先の(登録・変更・廃止)を届出いたします。  
 なお、この内容に変更等があった場合は、速やかに届出いたします。

届出年月日 年 月 日

届出者	※届出者が対象者の場合は、届出者住所、電話番号は記載不要		
	フリガナ		対象者との関係 <input type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> 親族 ( ) <input type="checkbox"/> その他 ( )
	氏名		
住所	〒 - 電話番号 ( ) -		

対象者	フリガナ		性別	男・女
	氏名		生年月日	年 月 日
	住所	〒 959 - 胎内市 電話番号 ( ) -		

変更対象区分	介護保険 (介護保険係)	被保険者番号	<input type="checkbox"/> 全て <input type="checkbox"/> 保険証 <input type="checkbox"/> 保険料 <input type="checkbox"/> 給付関係
	国民健康保険 (ほけん年金係)	被保険者番号	<input type="checkbox"/> 全て <input type="checkbox"/> 保険証 <input type="checkbox"/> 保険税 <input type="checkbox"/> 高額療養費
	後期高齢者医療 (ほけん年金係)	被保険者番号	<input type="checkbox"/> 全て <input type="checkbox"/> 保険証関係 <input type="checkbox"/> 給付関係 <input type="checkbox"/> 保険料関係
	障害福祉関係	<input type="checkbox"/> 全て <input type="checkbox"/> 一部 ( )	
	地域福祉関係	<input type="checkbox"/> 全て <input type="checkbox"/> 一部 ( )	
	税金関係	<input type="checkbox"/> 全て <input type="checkbox"/> 市民税 <input type="checkbox"/> 固定資産税 <input type="checkbox"/> 軽自動車税	

送付先	<input type="checkbox"/> 届出者住所に送付先の変更を希望します <input type="checkbox"/> 下記住所に送付先の変更を希望します		
	フリガナ		対象者との関係 <input type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> 親族 ( ) <input type="checkbox"/> その他 ( )
	氏名		
住所	〒 - 電話番号 ( ) -		

変更理由	<input type="checkbox"/> 入院中 <input type="checkbox"/> 施設入所中 <input type="checkbox"/> 本人が管理できない為 <input type="checkbox"/> その他 ( )
変更期間	年 月 日から 年 月 日まで / 内容変更があるまで

## 【市役所確認欄】

受付窓口	受付者	入力者
<input type="checkbox"/> 介護保険係 <input type="checkbox"/> ほけん年金係 <input type="checkbox"/> 障がい福祉係 <input type="checkbox"/> 高齢福祉係 <input type="checkbox"/> 税務課 <input type="checkbox"/> 黒川支所		
入力日		
年 月 日		

届出者確認方法
<input type="checkbox"/> 運転免許証 <input type="checkbox"/> 被保険者証 <input type="checkbox"/> 預貯金通帳 <input type="checkbox"/> その他 ( ) ※身分証明書添付のこと

