

送 付 先 変 更 届

(宛先) 防 府 市 長

- ☐ 国民健康保険
☐ 介護保険
☐ 個人住民税
☐ 後期高齢者医療保険

に関する通知については、下記に送付ください。
(後期高齢者医療保険を選択の場合は、備考欄の希望書類にレ点を付けてください。)

		届出年月日	年 月 日
届 出 人	フリガナ		本人との関係
	氏 名		
	住 所	〒 ー 電話番号 () ー	

※届出人の本人確認書類（マイナンバーカード、運転免許証、パスポート等）の提示又は写しの添付が必要です。

(納税・納付義務者)	国保番号		後期高齢者医療番号	
	介護被保番		住民税通知書番号	
	フリガナ		宛名番号	
	氏 名		生年月日	平成 昭和 大正 年 月 日
	住 所			
送 付 期 間		年 月 ~ 年 月		
送 付 先	変更事由 ※必ず記入	1 被保険者（納税義務者）の入院・入所 2 被保険者（納税義務者）の死亡 3 その他 ()		
	住 所	1 届出人住所へ送付 2 届出人住所以外（下記に送付先等を御記入ください。） 〒 ー 電話番号 () ー		
	フリガナ		本人との関係	
	氏 名			

備 考	☐ 送付先の入力	後期高齢 選択の場合	☐ 資格関係の通知（保険証、減額認定証等）
		希望書類に レ点を記入	☐ 保険料に関する通知 ☐ 納付関係の通知 ☐ 支給関係の通知（医療費通知、高額療養費等） ※市外へ転出された時点で送付先が解除されます。

(注意)
送付先住所に郵便物が届かない場合は、送付先設定を解除することがありますので、御了承ください。
国民健康保険から後期高齢者医療制度に移行した際も、設定した送付先の情報を引き継ぎます。
送付先の変更や停止をご希望の場合は再度お手続きください。

受 付		配 布	取扱者
☐	国保資格係	☐	
☐	国保医療係	☐	
☐	後期高齢者医療係	☐	
☐	介護認定係	☐	
☐	市民税係	☐	