

送付先変更届（☐ 新規・☐ 変更・☐ 廃止）

令和 年 月 日

（宛先） 由利本荘市長 様
秋田県後期高齢者医療広域連合長 様

《希望業務》

☐ 下記の全ての対象業務（※申請日時点で資格のある業務に限ります。）

☐ 国民健康保険 ☐ 後期高齢者医療保険 ☐ 介護保険 ☐ 福祉医療

上記について下記送付先へ変更願います。

《申請者》

フリガナ		対象者／納付義務者との続柄	
氏名又は名称		生年月日	年 月 日
住所又は所在地	〒	電話番号	

《対象者／納付義務者》※申請者と同じの場合は、省略可。（空欄の場合は、《申請者》と同一とみなします。）

フリガナ		生年月日	年 月 日
氏名又は名称		生年月日	年 月 日
住所又は所在地	〒	電話番号	

《送付先》

旧	・対象者／納付義務者と同じ		（※上記《対象者／納付義務者》と同じ場合は、左記に○を、異なる場合は下記に記入してください。）	
	〒		電話番号	
新	・申請者と同じ		（※上記《申請者》と同じ場合は、左記に○を、異なる場合は下記に記入してください。）	
	〒		電話番号	
	フリガナ 宛名		対象者／納付義務者との続柄	
★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			
★国民健康 保険対象者	世帯主名		変更理由	
	書類種別	☐ 資格関係（資格確認書、特定健診受診券等）		
		☐ 給付関係（支払い決定通知書等）		
	・「資格関係」の送付先を変更する場合は、下記のどちらかにチェックし、一部の場合は対象者を記載してください。※「給付関係」は一部指定できません。			
	☐ 全員 ☐ 一部（対象者名： ）			
★後期高齢 者医療保険 対象者	書類種別	☐ すべて ☐ 賦課・収納関係（保険料の通知等） ☐ 資格関係（資格確認書等） ☐ 給付関係（支払い決定通知書等）		
	変更理由	☐ 入院 ☐ 施設入所 ☐ 仕事 ☐ 親の介護 ☐ 判断力の低下 ☐ 家庭の事情 ☐ 同居親族がいない ☐ 取りに行く人がいない ☐ 住民異動届ができない ☐ 死亡 ☐ その他		

★は該当者のみ記入ください