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》※申請者と同一の場合は、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			
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