送付先(変更・変更解除)申請書

保　　険	□ 国民健康保険　□ 後期高齢者医療　□ 介護保険		
被保険者番号 (受給者番号)	国民健康保険	後期高齢者医療 (□後期高齢者福祉医療)	介護保険
		(　　)	
被保険者氏名			
生 年 月 日	大正・昭和・平成・令和　　年　　月　　日		
世帯主氏名 (国民健康保険の申請で被保険者が世帯主でない場合)			
生 年 月 日	大正・昭和・平成・令和　　年　　月　　日		
現 住 所	〒　　ー		
送付先住所	□　送付先変更を解除し、現住所に戻す。 〒　　ー		
方　　書			
フ リ ガ ナ			
宛　　名	※紛失等のおそれがあり、被保険者名の表示を希望されない場合のみ記入。(国民健康保険は世帯主以外の指定不可)		
連絡先電話番号	自宅・携帯・職場　(　　)　　ー		
申請理由	□入院中　□施設入所中　□成年後見人等を受取人とするため(証明書添付) □その他(具体的にご記入ください) ( )		

上記のとおり送付先の変更を申請します。
送付先変更を申請するにあたり、以下のことを誓約します。

・申請内容に変更が生じた場合、すみやかに届出をします。
・送付先変更後の住所に郵便物が届かなくなった、又は連絡がとれなくなった場合は、市及び広域連合が適宜、送付先変更を解除することを了承します。
・この申請に関するすべての責は申請者により負います。

江南市長
愛知県後期高齢者医療広域連合長　宛

令和　　年　　月　　日

申請者
(記入者)

住所

氏名　　被保険者との続柄

電話番号

注 意

・送付先変更で登録した情報は自動では変わりません。転居などで送付先が変わった場合は再度申請が必要です。
・国民健康保険の送付先は、世帯主の変更があった場合には送付先を引き継ぐことができません。

市処理欄						
	本人確認	個人番号カード・運転免許証・運転経歴証明書・パスポート・住基カード(写真あり) 身体障害者手帳・在留カード・その他(　　)				
		年金手帳・年金証書・介護保険被保険者証・雇用保険受給資格者証 キャッシュカード・預金通帳・クレジットカード・社員証・その他(　　)				
	委　任 (後期医療希望の場合は、委任状のみ可)	□委任状　□介護保険被保険者証　□戸籍 □その他 (　　)				
	受付担当者		入力日		宛名番号	

国保	後期	後期福祉	介護
／	／	／	／