

## 送付先変更依頼書

対 象 者	送付先を変更するもの 該当するものに☑をつけてください。		<input type="checkbox"/> 国民健康保険 (被保険者番号 ) <input type="checkbox"/> 子ども医療 (受給者番号 ) <input type="checkbox"/> 重度障がい者医療 (受給者番号 )		
	世帯主 (受給者)	氏名 _____ 生年月日 大正・昭和・平成 年 月 日 性別 男・女			
	住 所			連絡先 (電話番号) _____ ※電話番号が本人のものでないときは使用者名も記入してください。	
変 更 事 項	送付先 住 所	(郵便番号 _____ ) 都・道 府・県 _____ アパート・マンション等施設名・号数 (必要な場合のみ) _____ 様方 (必要な場合のみ) _____			
	変更理由				

令和 年 月 日

(あて先) 飯 塚 市 長

上記のとおり、送付先の変更をお願いします。

なお、この依頼届出により、指定した送付物が送付先に届いたことで問題が発生した場合は、届出人である私の責任において解決します。

(届出人)

住所 \_\_\_\_\_ 続柄 \_\_\_\_\_

氏名 \_\_\_\_\_ TEL \_\_\_\_\_

**●国民健康保険税に関する通知書と届出送付先とは  同じ・別 にあり・なし**

委任状

※届出人が別世帯の方で送付先も医療機関等でない場合は委任状が必要ですので、下記に記入をお願いします。

(委任者) \_\_\_\_\_ (受任者) \_\_\_\_\_

住所 \_\_\_\_\_ 住所 \_\_\_\_\_

氏名 \_\_\_\_\_ 印 氏名 \_\_\_\_\_ 印

	医療給付係長	宛名処理	受付者	届出人確認書類	免許証 資格確認書等 身障手帳 その他 ( )

※住所 (送付先) の変更には必要ですので、必ず提出してください。

※送付先変更の廃止、変更の場合は、必ず連絡してください。連絡がない場合は、資格確認書等が届かなかったり、間違った所に送付されたりすることになります。

※また、この送付先変更届は、各証書 (資格確認書等・医療証など) と、更新通知などが対象となります。国民健康保険税の通知の送付先も変更される場合には、別途届出が必要になります。

送付先変更依頼書提出先・問合せ先

820-8501 福岡県飯塚市新立岩5番5号 飯塚市役所医療保険課 (0948-22-5500 内線1035)

または、各支所市民窓口課