

記入例

ご本人以外が届出の場合

送付先(変更) 変更解除 届

令和 ●年 ●月 ●日

届出者 住所 (〒496-8555)

愛西市稲葉町米野308番地

フリガナ アイサイ イチロウ

氏名 愛西 一郎 (印) (自署の場合は押印不要です)

続柄 子 電話番号 0567(26)8111

現在、居住している
住所・送付先

変更 (以下のとおり変更届出します。ただし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、適宜送付先変更を解除することを了承します。)

送付先変更期間：令和 ●年 ●月 ●日まで(届出日より1年以内) ※保険税・保険料関係のみ適用(期間経過後も継続して希望される場合は、再度提出が必要となります。)

変更解除 (送付先変更を解除し、現住所に戻すよう届出します。) ※欄のみご記入ください。

変更対象者 氏名(※)	<input type="checkbox"/> 届出者欄と同じ ※国保事務は世帯主のみ可 愛西 太郎 ※本人氏名	生年月日	T・S・H・R 17年 4月 1日
送付先住所	<input checked="" type="checkbox"/> 届出者欄と同じ 〒 - ※届出者と違う場合は記入		
フリガナ 受取人氏名	<input checked="" type="checkbox"/> 届出者欄と同じ ※届出者と違う場合は記入 続柄 電話番号 ()		
届出理由	<input type="checkbox"/> 成年後見人等を受取人とするため(証明書添付)：「納税義務者〇〇様 成年後見人〇〇様」 <input type="checkbox"/> 世帯主が被保険者でないため(同居のみ)：「納税義務者〇〇様(〇〇様分)」 <input checked="" type="checkbox"/> その他(具体的にご記入ください：●●において住所地には不在のため。など)		
送付先を 変更する 業務(※)	<input type="checkbox"/> 国民健康保険 (保険年金課)	<input type="checkbox"/> 全て <input type="checkbox"/> 資格(保険証)・健診関係 <input type="checkbox"/> 保険税関係 <input type="checkbox"/> 給付関係	(記号番号)
	<input type="checkbox"/> 後期高齢者医療 (保険年金課)	<input type="checkbox"/> 全て <input type="checkbox"/> 資格(保険証)・健診関係 <input type="checkbox"/> 保険料関係 <input type="checkbox"/> 給付関係	(被保険者番号)
	<input type="checkbox"/> 福祉医療 (保険年金課)	<input type="checkbox"/> 全て	(受給者番号)
	<input checked="" type="checkbox"/> 介護保険 (高齢福祉課)	<input checked="" type="checkbox"/> 全て <input type="checkbox"/> 資格(保険証)・給付関係 <input type="checkbox"/> 保険料関係	(被保険者番号)
	<input type="checkbox"/> 障害福祉 (社会福祉課)	<input type="checkbox"/> 全て	(宛名番号)

この届出に係る一切の手続きを、上記届出者に委任します。

本人氏名 愛西 太郎 (印) (押印必要)

ご提出の際に届出者の確認できる書類をご持参下さい。

(1点で確認：写真が貼付された官公署の発行する証明書、2点で確認：同一種類の書類は不可)

◇住民票上別世帯の方が届出する場合は、委任が必要です。ただし後期高齢者医療については、本人、世帯主以外が届出する場合も、委任が必要です。

マイナンバーカード・免許証・障害者手帳・在留カード・健康保険証・その他()

記入例

ご本人が届出の場合

送付先(変更)変更解除 届

令和 ●年 ●月 ●日

届出者 住所 (〒496-8555)

愛西市稲葉町米野308番地

フリガナ アイサイ タロウ

氏名 愛西 太郎 (印) (自署の場合は押印不要です)

続柄 本人 電話番号 0567(26)8111

現在、居住している
住所・送付先

変更 (以下のとおり変更届出します。ただし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、適宜送付先変更を解除することを了承します。)

送付先変更期間：令和 ●年 ●月 ●日まで(届出日より1年以内) ※保険税・保険料関係のみ適用(期間経過後も継続して希望される場合は、再度提出が必要となります。)

変更解除 (送付先変更を解除し、現住所に戻すよう届出します。) ※欄のみご記入ください。

変更対象者 氏名(※)	<input checked="" type="checkbox"/> 届出者欄に同じ ※国保事務は世帯主のみ可	生年月日	T・S・H・R 17年 4月 1日
送付先住所	<input checked="" type="checkbox"/> 届出者欄に同じ 〒 -		
フリガナ 受取人氏名	<input checked="" type="checkbox"/> 届出者欄に同じ 続柄 () 電話番号 ()		
届出理由	<input type="checkbox"/> 成年後見人等を受取人とするため(証明書添付)：「納税義務者〇〇様 成年後見人〇〇様」 <input type="checkbox"/> 世帯主が被保険者でないため(同居のみ)：「納税義務者〇〇様(〇〇様分)」 <input checked="" type="checkbox"/> その他(具体的にご記入ください：●●において住所地には不在のため。など)		
送付先を 変更する 業務(※)	<input type="checkbox"/> 国民健康保険 (保険年金課)	<input type="checkbox"/> 全て <input type="checkbox"/> 資格(保険証)・健診関係 <input type="checkbox"/> 保険税関係 <input type="checkbox"/> 給付関係	(記号番号)
	<input type="checkbox"/> 後期高齢者医療 (保険年金課)	<input type="checkbox"/> 全て <input type="checkbox"/> 資格(保険証)・健診関係 <input type="checkbox"/> 保険料関係 <input type="checkbox"/> 給付関係	(被保険者番号)
	<input type="checkbox"/> 福祉医療 (保険年金課)	<input type="checkbox"/> 全て	(受給者番号)
	<input checked="" type="checkbox"/> 介護保険 (高齢福祉課)	<input checked="" type="checkbox"/> 全て <input type="checkbox"/> 資格(保険証)・給付関係 <input type="checkbox"/> 保険料関係	(被保険者番号)
	<input type="checkbox"/> 障害福祉 (社会福祉課)	<input type="checkbox"/> 全て	(宛名番号)

この届出に係る一切の手続きを、上記届出者に委任します。

本人氏名 _____ (印) (押印必要)

ご提出の際に届出者の確認できる書類をご持参下さい。

(1点で確認：写真が貼付された官公署の発行する証明書、2点で確認：同一種類の書類は不可)

◇住民票上別世帯の方が届出する場合は、委任が必要です。ただし後期高齢者医療については、本人、世帯主以外が届出する場合も、委任が必要です。

マイナンバーカード・免許証・障害者手帳・在留カード・健康保険証・その他 ()

記入例

ご本人以外が届出の場合

送付先 変更・**変更解除** 届

令和 ●年 ●月 ●日

届出者 住 所 (〒496-8555)

愛西市稲葉町米野308番地

フリガナ アイサイ イチロウ

氏 名 愛西 一郎 (印) (自署の場合は押印不要です)

続 柄 子 電話番号0567(26)8111

現在、居住している
住所・送付先

変更 (以下のとおり変更届出します。ただし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、適宜送付先変更を解除することを了承します。)

送付先変更期間： 年 月 日まで(届出日より1年以内) ※保険税・保険料関係のみ適用
(期間経過後も継続して希望される場合は、再度提出が必要となります。)

変更解除 (送付先変更を解除し、現住所に戻すよう届出します。) ※欄のみご記入ください。

変更対象者 氏名(※)	<input type="checkbox"/> 届出者欄と同じ ※国保事務は世帯主のみ可	生年月日	T・S・H・R 17年 4月 1日
	愛西 太郎 ※本人氏名		
送付先住所	<input type="checkbox"/> 届出者欄と同じ 〒 -		
フリガナ 受取人氏名	<input type="checkbox"/> 届出者欄と同じ 続柄 電話番号 ()		
届出理由	<input type="checkbox"/> 成年後見人等を受取人とするため(証明書添付)：「納税義務者〇〇様 成年後見人〇〇様」 <input type="checkbox"/> 世帯主が被保険者でないため(同居のみ)：「納税義務者〇〇様(〇〇様分)」 <input type="checkbox"/> その他(具体的にご記入ください：)		
送付先を 変更する 業務(※)	<input type="checkbox"/> 国民健康保険 (保険年金課)	<input type="checkbox"/> 全て <input type="checkbox"/> 資格(保険証)・健診関係 <input type="checkbox"/> 保険税関係 <input type="checkbox"/> 給付関係	(記号番号)
	<input type="checkbox"/> 後期高齢者医療 (保険年金課)	<input type="checkbox"/> 全て <input type="checkbox"/> 資格(保険証)・健診関係 <input type="checkbox"/> 保険料関係 <input type="checkbox"/> 給付関係	(被保険者番号)
	<input type="checkbox"/> 福祉医療 (保険年金課)	<input type="checkbox"/> 全て	(受給者番号)
	<input checked="" type="checkbox"/> 介護保険 (高齢福祉課)	<input checked="" type="checkbox"/> 全て <input type="checkbox"/> 資格(保険証)・給付関係 <input type="checkbox"/> 保険料関係	(被保険者番号)
	<input type="checkbox"/> 障害福祉 (社会福祉課)	<input type="checkbox"/> 全て	(宛名番号)

この届出に係る一切の手続きを、上記届出者に委任します。

本人氏名 愛西 太郎 (印) (押印必要)

ご提出の際に届出者の確認できる書類をご持参下さい。

(1点で確認：写真が貼付された官公署の発行する証明書、2点で確認：同一種類の書類は不可)

◇住民票上別世帯の方が届出する場合は、委任が必要です。ただし後期高齢者医療については、本人、世帯主以外が届出する場合も、委任が必要です。

マイナンバーカード・免許証・障害者手帳・在留カード・健康保険証・その他 ()