記入例

送付先 変更 変更解除 届

ご本人以外が届出の場合

届出者 住 所 (〒496-8555)

令和 ●年 ●月 ●日

現在、居住している 住所•送付先

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

□ 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。)

つ 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	口 届出者欄に同じ ※国	保事務は世帯	きのみ可		T(S)	H•R	
氏名(※)	愛西 太郎 ※本	人氏名		 生年月E	17年	4月	1 🛭
送付先住所	▶ 届出者欄に同じ			- 1	1		
	〒 −						
	※届出者と違う場合は記	記入					
フリガナ	⚠ 届出者欄に同じ		T				
受取人氏名	※届出者と違う場合は記	記入 続柄		電話番号	()
届出理由	□ 成年後見人等を受助						人〇〇様」
	□ 世帯主が被保険者で → その他(具体的にで)
送付先を	□ 国民健康保険	□ 全て					(記号番号)
変更する	(保険年金課) □ 資格(保険証)・健診関係 □ 保険税関係 □ 給付関係						
業務(※)	□ 後期高齢者医療	□ 全て					(被保険者番号)
	(保険年金課)		保険証)・健				
		│□ 保険料関	葛係 □ 糸	合付関係			(=4+==)
	□ 福祉医療 (保険年金課)	□ 全て					(受給者番号)
	□ 介護保険 全て						(被保険者番号)
	(高齢福祉課)						
		□ 保険料関	国 係				(**************************************
	□ 障害福祉 (社会福祉課)	□ 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

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。

(印)押印以要)

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

記入例

送付先 変更 変更解除 届

ご本人が届出の場合

届出者 住 所 (〒496-8555)

令和 ●年 ●月 ●日

現在、居住している 住所・送付先

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

(自署の場合は押印不要です)

続 柄 本人 電話番号0567(26)8111

▶ 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	┗ 届出者欄に同じ ※国	保事務は世帯主のみ可		T(S)H·R	
氏名 (※)			···· 生年月日	17年 4月	1 ⊟
区间几年別					
	〒 −				
	_				
フリガナ	■ 届出者欄に同じ				
受取人氏名		続柄	電話番号	()
<u></u> Σ ¹ λ/ιν Π					
届出理由		以人とするため(証明書派			人〇〇様」
		でないため(同居のみ): 「			,
	一ての他(具体的には	ご記入ください: ●●にい	「住別地には1	下住のため。なと)
送付先を	□ 国民健康保険	□ 全て □ 資格(保険証)・健			(記号番号)
変更する	(保険年金課)				
業務(※)			(+t/DIO+VIII)		
	□ 後期高齢者医療	□ 全て □ 資格(保険証)・健i	 		(被保険者番号)
	(保険年金課)	□ 保険料関係 □ 給付関係			-
	□ 福祉医療		21312111		(受給者番号)
	(保険年金課)	□ 全て			
		- A			(被保険者番号)
	☆ 介護保険	堂 全て			(被休映有留写)
	(高齢福祉課) 資格(保険証)・給付関係 □ 保険料関係				
	 □ 障害福祉	山 床跌科房床			(宛名番号)
		□ 全て			(26口田5)
	(社会福祉課)				

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

⑩ (押印必要)

◇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。 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)

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

送付先 変更・変更解除 届

ご本人以外が届出の場合

届出者 住 所 (〒496-8555)

令和 ●年 ●月 ●日

	愛西 愛西	市稲葉町米野3	<u>3 O</u>	8番地
+ " +	/ /	ノイロウ		

現在、居住している 住所・送付先

 フリが ナ アイサイ イチロウ

 氏 名 愛西 一郎
 (語の 場合 財)

続 柄 子 電話番号0567(26)8111

□ 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	□ 届出者欄に同じ ※国保事務は世帯主のみ可			T(S)H	•R	
氏名(※)	愛西 太郎 ※本	人氏名		生年月日	17年	4月 1日
	□ 届出者欄に同じ					
送付先住所	〒 —					
フリガナ	□ 届出者欄に同じ					
受取人氏名		続柄		電話番号	()
届出理由	□ 成年後見人等を受ける 世帯主が被保険者 □ その他(具体的に	でないため(同	居のみ):「編			
送付先を	□ 国民健康保険	□ 全て				(記号番号)
変更する	(保険年金課)		険証)・健診			
業務(※)		日 保険税関	係 □ 給付	付関係		
	□ 後期高齢者医療	□ 全て □ 資格(保	 険証)・健診	 。 関係		(被保険者番号)
	(保険年金課)	□ 保険料関		 付関係		
	□ 福祉医療 (保険年金課)	□ 全て				(受給者番号)
	▶ 介護保険	全全て				(被保険者番号)
	(高齢福祉課)	□ 資格(保□ 保険料関	険証)・給付 係	対 関係		
	□ 障害福祉	□ 全て				(宛名番号)
	(社会福祉課)				 二届出者の確	認できる書類をご持

■ 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 (即)押印姆)

ご提出の際に届出者の確認できる書類をご找 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()