

送付先変更届

令和 年 月 日

御 殿 場 市 長 様

申 請 者 氏 名:

住 所:

電 話: - -

対象者との続柄: ※1

1. 送付先変更を希望する被保険者の情報

世帯情報	記 号 番 号	
	住 所	御殿場市
	世 帯 主 名	

2. 送 付 先 住 所

郵便番号	〒 -
住 所 アパート名等	
氏 名	
電 話 番 号	- -
変 更 期 間	☐ 今年度のみ ☐ 今年度以降毎回 ☐ その他()
変更希望項目 (対象者)	☐ 資格確認書・資格情報のお知らせ () ☐ 特定疾病療養受療証 ☐ 高額療養費支給申請書 () () ☐ 医療費通知 ☐ 国民健康保険税関係通知※2 () ☐ その他() ()
申 請 理 由	☐ 一時的に住所地を離れているため ☐ 病気などにより管理ができないため ☐ その他()

※1 別世帯の方が届出をする際は、申請者の身分証明書・該当世帯の世帯主の委任状が必要になります。

※2 国民健康保険税の納税義務者は世帯主です。この送付先変更届は、納税義務者を変更するものではありません。税関係通知は世帯主以外の方が申請する場合は世帯主の委任状が必要です。