佐那河内村国民健康保険送付先変更届出書

（新規・変更・解除）

**佐那河内村長　殿**

**令和　　年　　月　　日**

　国民健康保険制度に関する書類等の送付先の変更について，裏面の注意事項に同意したうえで次のとおり届出します。

①届出人（記入する方）※同一世帯員以外の方が届出人となる場合、委任状が必要となります。

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **氏**  **名** | ﾌﾘｶﾞﾅ | **生年　月日** | 年　月 日 | **被保険者**  **との関係** | ・世帯主　・同一世帯員  ・その他（　　　　　　　） |
|  |
| **住**  **所** | 〒　　　　－  電話番号　　　　（　　　　　） | | | | |

②送付先を変更する被保険者

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **氏　名** | ﾌﾘｶﾞﾅ | | **住**  **所** | 〒　　　－ | |
|  | |
| **生年月日** | | 年　　　月　　　日 |
| **被保険者証記号番号** | | **佐那河内 ・　　　―　　　(枝番)**※被保険者証の上部に記載されている数字です。 | | | |
| **変更を希望する理由** | | 該当する理由に☑をつけてください   * 被保険者本人が，送付先に滞在しているため * 被保険者本人が，書類の管理ができないため（以下の番号を〇で囲んでください）   （１）高齢・認知症等により判断が困難　（２）入院中  （３）施設入所中　　　　　　　　　　　（４）成年後見人制度  □　その他（具体的に記入してください）  （　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） | | | |
| **送付先変更を希望する書類** | | 送付先変更を希望する書類の種類に☑をつけてください。   * 被保険者証関係 * 保険給付関係 * 納税通知書関係 | | | |

③変更後の送付先　※①の届出人と同じ住所の場合には記入不要です。

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **氏**  **名** | ﾌﾘｶﾞﾅ | | **被保険者**  **との関係** | ・本人　・配偶者  ・子　　・子の配偶者  ・その他（　　　　　　　） |
|  | |
| **住**  **所** | 〒　　　　－  電話番号　　　　（　　　　　）    （　　　　　　　　様方）　←送付先宛名と表札が異なる場合は，必ず記入してください。 | | | |
|  |  | | | |
| **送付先の変更期間が確定している場合**  （確定していない場合には終了日は空白にしてください） | | 年　　月　　日　～　　　　　年　　月　　日 | | |

《注意事項》　送付先変更を届出される方へ

|  |  |
| --- | --- |
| № | 項　　　　　　目 |
| １． | □　**書類の送付先は原則住所地となっております。**事故防止のためにも、可能なかぎり**郵便局での「転送サービス」をご活用ください。** |
| ２． | □　この届出書には，**届出人の身元を確認できる書類**（運転免許証等）及び**送付先を確認できる書類**の写しを添付してください。なお、届出人が**同一世帯員以外**の場合は**委任状**、届出人が**成年後見人，保佐人，補助人**の場合は**証明書（写し可）**を添付してください。なお，窓口で届出なさる際には，上記書類のご提示で結構です。 |
| ３． | □　郵送での提出も可能です。  〔提出書類〕届出書、№2の添付書類  〔提出先〕　771-4195　佐那河内村下字西ノハナ31番地  佐那河内村役場　健康福祉課　国保係 |
| ４． | □　個人情報上の管理等において、問題があると判断した場合には、送付先を変更できない場合があります。 |
| ５． | □　有効期間は**変更、解除の届出があるまでです。ご指定いただいた送付先に書類をお送りします。** |
| ６． | □　届出書提出後、送付先が変更になる場合、送付先の変更を解除する場合は、速やかに届出書を提出してください。 |
| ７． | □　送付先を変更したにも関わらず、書類が返戻された場合は、送付先の登録を削除し、住所地に送付いたします。 |
| ８． | □　送付先の変更にあたっては，事前に被保険者本人，送付先の関係者，家族の間で同意を得るようにしてください。 |
| ９． | □　送付先指定に伴う不利益については、全て、被保険者及び届出人の責任とします。 |

【お　問　合　せ　先】

■**国民健康保険の被保険者証、給付に関すること　 健康福祉課　国保係　　電話：088-679-2971**

■**国民健康保険税に関すること　　　　　　　　 住民税務課　国保税係　電話：088-679-2114**