

国民健康保険・後期高齢者医療 送付先変更届

令和 年 月 日

八雲町長様

被保険者 (国民健康保険の 場合は世帯主)	住 所	〒 -		
	フリガナ			
	氏 名			
	生 年 月 日	年	月	日
	電 話 番 号	-	-	
	被保険者(記号)番号	国民健康保険	八雲	
	後期高齢者医療			
届出人	被保険者との関係	本人 親族(続柄:) その他()		
	住 所	〒 -		
	フリガナ			
	氏 名			
	電 話 番 号	-	-	
送付先 (新規 変更 解除)	住 所	〒 -		
	フリガナ			
	氏名(方書)			
	電 話 番 号	-	-	
変更理由	<input type="checkbox"/> 入院のため <input type="checkbox"/> 施設入所のため <input type="checkbox"/> 家族の事情のため(介護等) <input type="checkbox"/> 判断能力低下のため <input type="checkbox"/> 後見人に送付 <input type="checkbox"/> 送付先の必要がなくなったため(解除の場合のみ) <input type="checkbox"/> その他()			

※届出が上記被保険者(国民健康保険の場合は世帯主)ではない場合、届出人に委任します。

※送付先変更に伴う不利益は、全て上記被保険者(国民健康保険の場合は世帯主)及び届出人の責任とし、八雲町は責任を負いません。

※この届出書には、必ず届出人の身分証明書(運転免許証等)の写しを添付して下さい。なお、届出人が後見人の場合には、証明書(写し可)を添付して下さい。

※国民健康保険税・後期高齢者医療保険料に関する送付先の変更をご希望の場合は、別途財務課に申請が必要となります。

※送付先が再度変更になる場合、又は送付先の設定を解除する場合には、再度届出が必要となります。