

一記入例一

送付先変更申請書

令和 年 月 日

長浜市長様
後期高齢者医療広域連合長様

身分証明書(免許証、マイナンバーカード等)の写しを添付してください。

申請者	住所	長浜市八幡東町632番地	
	氏名	長浜花子	
	電話番号	0749-65-〇〇〇〇	対象者との続柄 子の妻

以下の7点について確認・アタマにうえ、下記のとおり送付先の変更を申請します。

(1) 送付先の変更につき
者および名義人双方の了承があること。

(2) この申請の中止

申請には、申請者様の本人確認をさせていただきます。

(3) 転出

ること。

(4) 変更

こと。

(5) 満納

こと。

(6) 催告

場合があること。

(7) 送付先変更により生じるトラブルは、申請者において解決すること。

対象者 被保険者 納税義務者 世帯主	住所	長浜市〇×町1234番地		
	氏名	長浜 一郎		
	生年月日	大昭平・西暦 28年4月1日	電話番号	0749-65-〇×△□
変更送付先	住所	〒526-1234 長浜市八幡東町632番地		
	方書き	長浜 太郎 様方		電話番号 0749-65-〇〇〇〇
	生年月日	大昭平・西暦 60年12月31日	対象者との続柄	子

変更送付先宛名に、対象者の氏名表示

※税・料関連・後期高齢者医療関連は必ず納税義務者名を表示します。

表示する

表示しない

送付先変更を希望する書類 ※あてはまるものに○をしてください。	市税	すべて 固定資産税・市県民税・軽自動車税(種別割)・法人市民税
	国民健康保険	すべて・資格確認書・資格情報通知書(資格情報のお知らせ) ・限度額等認定証・各種申請書・保険料
	介護保険(65歳以上)	すべて・その他() ※可能な範囲となりますので、内容をご相談ください。
	後期高齢者医療(75歳以上)	すべて 資格関係・給付関係・保険料・その他() ※後期高齢者医療の資格を取得中の方のみ○印をしてください。 (それ以外の方については無効となります)
	福祉医療・他	福祉医療・その他() ※資格をお持ちの方のみ記入してください。
	しうがい関係	すべて・しうがい手帳・その他()

送付先変更期間	<input checked="" type="checkbox"/> 市へ連絡するまでずっと <input type="checkbox"/> 今回のみ <input type="checkbox"/> 令和 年 月まで
送付先変更理由	<input type="checkbox"/> 施設入所のため(施設名:)
	<input type="checkbox"/> 住所地以外で居住しているため
	<input checked="" type="checkbox"/> 本人が管理できないため(理由: 施設入所のため)
	<input type="checkbox"/> その他(理由:)
特記事項	その他特別な事情があるときにご記入ください。

★本人以外が申請される場合は裏面もご記入ください!

承 諾 書

長浜市長様

本人	<住所> 長浜市○×町1234番地
	<氏名> 長浜 一郎
	大正・昭和・平成 28年4月1日生
	電話番号 (0749) 65-○×△□



※自署の場合、押印は不要です。

私は、下記の者を代理人と定め、私の送付先変更申請書を提出することについて承諾します。

代理人	<住所> 長浜市八幡東町632番地
	<氏名> 長浜 花子

表面の申請者の住所・氏名を
記入してください。

※承諾書はすべて本人が自署してください。

※住所が同じであっても世帯を分けている人は、承諾書が必要です。

※本人のしうがい等によりやむをえず代筆する場合は、その理由と代筆者氏名を備考欄に記入してください。
(遠隔地居住であることは代筆の理由になりません。)

備考	◆本人が下記の理由により自署できないため、代筆します。
	[身体不自由により本人が記入できないため。] [代筆者 : 長浜 花子]

※以下は記入しないでください。

届出人確認	<input type="checkbox"/> 免許証 <input type="checkbox"/> マイナンバーカード <input type="checkbox"/> その他()						
宛名番号	税務課	介護保険課	保険年金課	しうがい福祉課	北部・各窓口	滞納整理課	
宛名番号(変更送付先)							
被保険者番号							