

国民健康保険送付先変更届書

窓口に来た方	氏名		世帯主との関係	<input type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> 同一世帯員 <input type="checkbox"/> 代理人 ()
	住所	※世帯主及び同一世帯員は、記入不要です。 電話番号		

被保険者記号番号								届出区分	<input type="checkbox"/> 新規 <input type="checkbox"/> 変更 <input type="checkbox"/> 廃止
世帯主	氏名								
	住所								
	電話番号								
送付先	住所	〒							
	氏名								
	電話番号							世帯主との関係	
送付先の変更を希望する書類		<input type="checkbox"/> 資格に関するもの（資格確認書等）、保険給付に関するもの（保険給付通知書等） <input type="checkbox"/> 保険税の賦課・徴収に関するもの（保険税納税通知書等）							
送付先の変更を希望する理由									
上記のとおり、届出します。なお、送付先に変更があった場合は、遅滞なく届出ます。 年 月 日 住所 竹田市長 様 届出人（世帯主） 氏名 電話番号									

※届出人の本人確認ができる書類を提示してください。また、届出人が代理人のときは委任状を添付してください。

市の記入欄	窓口に来た方の本人確認	<写真付き1点確認> <input type="checkbox"/> 個人番号カード <input type="checkbox"/> 運転免許証 <input type="checkbox"/> 旅券 <input type="checkbox"/> 身障手帳 <input type="checkbox"/> 在留カード <input type="checkbox"/> () <写真なし2点確認> <input type="checkbox"/> 資格確認書等 <input type="checkbox"/> 年金手帳 <input type="checkbox"/> 身分証明書 <input type="checkbox"/> ()			
	代理権の確認	<input type="checkbox"/> 戸籍謄本（法定代理人） <input type="checkbox"/> 委任状 <input type="checkbox"/> 委任状省略（同一世帯員） <input type="checkbox"/> 本人しか持ち得ない書類 ()			
	備考		受付	電算入力	確認

