|  |  |
| --- | --- |
| 届出区分 | 新 規 ・ 変 更  |

令和　　年　　月　　日

**鉾 田 市 長 あ て**

**国 民 健 康 保 険 送 付 先 変 更 届**

国保番号（　　　　　　　　）

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **納 税 義 務 者** | 住　　所 | 郵便番号（　　　　　　　　）　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　電話（　　　　　　　　　　　） |
| フリガナ | 　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 | 生年月日 | 西暦・大・昭・平年　　月　　日 |
| 氏　　名 | 　　　　　　　　　　　　　㊞ |
| 変更を申し出る書類 | □納税通知書※　□保険証　□その他給付に関する書類※これに付随する督促及び滞納処分に関する書類を含む |

　**私は、住民登録地での上記文書等の受取が困難であるため、下記のとおり送付先について変更をお願いします。**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **送 付 先 変 更** | 住　　所 | 郵便番号（　　　　　　　　　） |
| 氏　　名 | 　　　　　　　　　　　　　　様方 |

□ 裏面注意事項を確認し、同意いたします。

【届出者】　　　　納税義務者との関係（　　　　　　）

住　　所

氏　　名　　　　　　　　　　　　　　　　　　　㊞

電話番号

※**納税義務者と届出人が異なる場合には委任状の提出が必要になります**。

注　意　事　項

1. 本届出は、国民健康保険の送付先に関する事項のみになります。
2. 送付先変更により納税義務が他者へ移ることはありません。
3. 届出をした送付先より、返戻となった場合には、送付先変更を解除し住民登録地へ送付いたします。
4. 届出にあたり、納税義務者以外のものが届け出る場合には、委任状を併せて提出下さい。
5. 法定代理人（成年後見人等）による届出時は、登記事項証明書（代理行為目録含む）を併せて提出下さい。（委任状の提出は不要です。）
6. 届出にあたり本人確認をさせていただきます。
7. 提出いただいた事項に変更が生じた場合は速やかに申し出て下さい。
8. 国民健康保険の資格を喪失した場合（引き続き擬制世帯主である場合を除く）には、送付先変更を解除いたします。

再度、国民健康保険加入の場合には、改めて送付先変更届出を提出下さい。

1. 後期高齢者医療制度へ移行された場合には、改めて送付先変更届出を提出いただく必要があります。