

送付先変更届（市税等・健康保険・介護保険・福祉）

令和 年 月 日

平戸市長 黒田 成彦 様
 平戸市福祉事務所長 様
 長崎県後期高齢者医療広域連合長 様

届出人

住 所
 氏 名 印
 電話番号

下記のとおり、（市税等・健康保険・介護保険・福祉）関係文書の送付先の変更を届け出ます。

対象者 (被保険者)	住 所	
	氏 名	(年 月 日生)
新送付先	住 所	〒
	方 書 (施設・アパート等)	様方
	宛 名	(続 柄)
	電話番号	
送（ 付先を 希望を 変更する もの に 項目）		全て
	市 税 等	①市県民税 ②軽自動車税 ③国民健康保険税 ④固定資産税 ⑤全て
	国民健康保険	①保険証・減額認定証 ②給付関係（高額療養費・医療費通知）③全て
	後期高齢者医療	①資格 ②賦課 ③収納 ④給付 ⑤全て
	介護保険	①資格 ②保険料 ③給付 ④全て
	福 祉	①手帳 ②医療 ③障害福祉サービス ④生活保護 ⑤全て
送付先変更期間		令和 年 月 日 から 令和 年 月 日まで ※ 送付先変更期限については、確定している場合のみ記入してください。

備 考（送付先変更理由）

・施設入所	・入 院	・文書管理困難	・一時的な居所の変更	・送付先設定終了
・その他（)				

この送付先変更届については、本人または家族の了承を得ており、不都合は生じないことを申し添えます。

氏名 _____ 印 _____

(本人以外が届出の場合のみ)

被保険者番号 (国保・後期・介護)		個人コード	
----------------------	--	-------	--

決 裁				担当

システム	台帳	処理