**※　御記入の前に裏面を必ずお読みください。**

**また、届出者（窓口に来た方）と対象者（送付先変更する方）が異なる場合、事前に対象者による自署欄の記入が必要です。（代筆する場合を除きます。）**

送付先変更届（　登録　・　変更　・　廃止　）

No.

受付印

宛先：三条市長、新潟県後期高齢者医療広域連合長

　　　年　　　月　　　日

　私（届出者）は、下記対象者宛に市から送付される書類が当該対象者の利益又は意思に適合するよう管理がなされることを目的として、次のとおり届け出ます。

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **届　出　者**  **（窓口に来た方）** | 住　所 | | | | | 〒　　　　－  　　電話　　　　　　（　　　　） | | | | 対象者との関係 | |
|  | |
| フリガナ | | | | |  | | | | 生　　年　　月　　日 | |
| 氏　名（自署） | | | | |  | | | | 明・大・昭・平  　　年　　　月　　日 | |
| **対　象　者**  **（送付先変更する方）** | □届出者と同じ（チェックした場合、次の住所、氏名、生年月日、委任確認の欄の記入は不要です。） | | | | | | | | | | |
| 届出者と異なる場合に記入（※自署欄は、対象者本人が自署できない場合に限り代筆することができます。） | | | | | | | | | | |
|  | | 住　所 | | | 〒　　　　－  　　電話　　　　　　（　　　　） | | | | | |
| フリガナ | | |  | | 代筆者氏名（対象者との関係） | | 生　　年　　月　　日 | |
| 氏　名（自署※） | | |  | | □届出者による代筆（記入は不要です。） | | 明・大・昭・平  　　年　　　月　　日 | |
| （　　　） | |
| 委任確認（自署※） | | | □私（対象者）は、上記届出者に本送付先変更届に関する手続を委任します。 | | | | | |
| **送　付　先** | | □届出者住所への送付を希望します。 □対象者住所への送付に戻します。  □次の住所への送付を希望します。 | | | | | | | | | |
|  | | 住　所 | | | 〒　　　　－  　　電話　　　　　　（　　　　） | | | |  |
|  | | フリガナ | | |  | | 対象者との関係 | |  |
|  | | 氏　名 | | |  | |  | |  |
|  | |  | | |  | |  | |  |
| 有効期間 | | | 年　　　月　　　日　　～　　　　　　年　　　月　　　日 | | | | | | |
| 理　由 | | | □入院中　　　□施設入所中　　　□在宅の対象者本人が文書を管理できないため  □住民票の住所と居所が異なるため　　□その他（　　　　　　　　　　　　　　　　） | | | | | | |

送付先を変更する書類の種類にチェックを付けてください。

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **国民健康保険** | **後期高齢者医療** | | **介護保険** | **障がい福祉** | **市税** |
| □以下の全て  □保険証関係  □給付関係  □保険税関係 | □以下の全て  □保険証関係  □給付関係  □保険料関係 | | □以下の全て  □保険証・認定関係  □給付・受給関係  □保険料関係  □高齢者福祉関係 | □以下の全て  □医療関係  □給付関係  □障害者手帳関係 | □以下の全て  □市・県民税関係  □軽自動車税関係  □固定資産税・都市計画税関係 |
| 〔世帯主氏名〕 |
| **送付先のみ変更する場合** | | □以前提出した送付先変更届において選択した書類の種類を変更せずに、送付先のみ変更する。 | | | |

【職員確認欄】受付者　所属：　　　　　　　　　　　　　　　氏名：

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| □窓口  □郵送 | 運転免許証・旅券・住基カ・マイカ・在留カ  保険証・介護・年金手帳・その他（　　　　　　　　　　　　） | 病院・施設の職員証等  （　　　　　　　　　　） |
| □シルバー便 |  | |

【処理欄】

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 国民健康保険 | | 後期高齢者医療 | | 高齢介護課 | | 福祉課 | | 税務課 | | 収納課･栄･下田 | | 原本保管課 | |
| 原本 ・コピー | | 原本 ・コピー | | 原本 ・コピー | | 原本 ・コピー | | 原本 ・コピー | | 原本 | | メモ入力 | ｽｷｬﾝ  登録 |
| 送受日 | 入力 | 送受日 | 入力 | 送受日 | 入力 | 送受日 | 入力 | 送受日 | 入力 | 送受日 | 入力 |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | / | / |

送付先変更届を提出される方へ

【届出時の留意事項】

　１　対象者及び送付先の同意を得た上で届書を提出してください。

２　この届を提出しても、被保険者資格を有していないなど、届出時点で対象となる項目に該当していないと、送付先が変更されない場合があります。その場合は、該当した時点で改めて届出をお願いします。

３　届出に当たり、届出者の運転免許証、パスポート、健康保険証等の本人確認書類を確認させていただきますので、用意をお願いします。

|  |
| --- |
| （郵送で提出する場合）  　届出者の本人確認書類の写しを添付して下記まで郵送ください。  　　運転免許証、旅券、マイナンバーカード、住基カード、身体障害者手帳、療育手帳  　　在留カード、健康保険証、介護保険証、年金証書等  ＜送付先＞　三条市役所  　　三条庁舎 〒955-8686　三条市旭町２丁目３番１号 　　　　　　　　課　🕿  　　栄 庁 舎 〒959-1192　三条市新堀1311番地 栄サービスセンター　🕿 0256-45-4110  　　下田庁舎 〒955-0192　三条市荻堀830番地１ 下田サービスセンター　🕿 0256-46-5906 |

【届出後の留意事項】

１　必要に応じて担当課から問い合わせする場合があります。

２　送付先変更の処理の都合上、発送準備のできている書類については変更前の住所に届く場合がありますので御了承ください。

３　送付の際の宛名の表示は、各業務の取扱いによるものとなります。

　　（例）　「（送付先）様方　（対象者）様」

４　送付先の方が転居などで住所変更がある場合には、変更の届出をお願いします。

５　国民健康保険関連通知について、世帯主に変更があったときは送付先の登録が解除されますので送付先変更が必要な方は届出をお願いします。