

No.

※ 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。）

受付印

<記載例1>

対象者本人が窓口に来た場合

送付先変更届（登録・変更・廃止）

宛先：三条市長、新潟県後期高齢者医療広域連合長

令和 2 年 11 月 1 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	〒955-0192 三条市荻堀830番地1 電話 0256(46)2511		対象者との関係 本人
	フリガナ	ヤマダ ハナコ		生 年 月 日
	氏名（自署）	山田 花子		明・大 昭 ・平 53 年 12 月 15 日
対象者 （送付先変更する方）	<input checked="" type="checkbox"/> 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 [※] ）	<input type="checkbox"/> 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 [※] ） <input type="checkbox"/> 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	<input type="checkbox"/> 届出者住所への送付を希望します。 <input type="checkbox"/> 対象者住所への送付に戻します。 <input checked="" type="checkbox"/> 次の住所への送付を希望します。			
	住所	〒955-8686 三条市旭町2丁目3番1号 電話 0256(34)5511		対象者との関係
	フリガナ	ヤマダ ハナコ		本人
	氏名	山田 花子		
有効期間	令和 2 年 11 月 1 日 ~ 令和 年 月 日			
理由	<input type="checkbox"/> 入院中 <input type="checkbox"/> 施設入所中 <input type="checkbox"/> 在宅の対象者本人が文書を管理できないため <input checked="" type="checkbox"/> 住民票の住所と居所が異なるため <input type="checkbox"/> 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
<input checked="" type="checkbox"/> 以下の全て <input type="checkbox"/> 保険証関係 <input type="checkbox"/> 給付関係 <input type="checkbox"/> 保険税関係 〔世帯主氏名〕	<input type="checkbox"/> 以下の全て <input type="checkbox"/> 保険証関係 <input type="checkbox"/> 給付関係 <input type="checkbox"/> 保険料関係	<input type="checkbox"/> 以下の全て <input type="checkbox"/> 保険証・認定関係 <input type="checkbox"/> 給付・受給関係 <input type="checkbox"/> 保険料関係 <input type="checkbox"/> 高齢者福祉関係	<input type="checkbox"/> 以下の全て <input type="checkbox"/> 医療関係 <input type="checkbox"/> 給付関係 <input checked="" type="checkbox"/> 障害者手帳関係	<input type="checkbox"/> 以下の全て <input checked="" type="checkbox"/> 市・県民税関係 <input type="checkbox"/> 軽自動車税関係 <input checked="" type="checkbox"/> 固定資産税・都市計 画税関係
送付先のみ変更する場合		<input type="checkbox"/> 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：

<input type="checkbox"/> 窓口 <input type="checkbox"/> 郵送 <input type="checkbox"/> シルバー便	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 ()
--	---	-------------------

【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	サイン
送受日	入力	送受日	入力	送受日	入力	送受日	入力
						/	/

No.

※ 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。）

受付印

<記載例2>

対象者と届出者が異なる場合
（届出者が代筆するケース）

送付先変更届（登録・変更・廃止）

新潟県後期高齢者医療広域連合長

令和 2 年 11 月 1 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	〒955-0192 三條市荻堀830番地1 電話 0256(46)2511		対象者との関係	本人
	フリガナ	ヤマダ ハナコ		生 年 月 日	
	氏名（自署）	山田 花子		明・大 昭・平 53年 12月 15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	〒955-8686 三條市旭町2丁目3番1号 電話 0256(34)5511		代筆者氏名（対象者との関係）	生 年 月 日
	フリガナ	サンジヨウ イチロウ	代筆者氏名（対象者との関係） ☑届出者による代筆（記入不要です。）	明・大 昭・平 15年 8月 3日	
	氏名（自署※）	三條 一郎		()	
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 ()		対象者との関係	
	フリガナ				
	氏名				
有効期間	令和 2 年 11 月 1 日 ~ 令和 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	☑以下の全て	☑以下の全て	□以下の全て	□以下の全て
□保険証関係	□保険証関係	□保険証・認定関係	□医療関係	☑市・県民税関係
□給付関係	□給付関係	□給付・受給関係	□給付関係	□軽自動車税関係
□保険料関係	□保険料関係	□保険料関係	☑障害者手帳関係	☑固定資産税・都市計 画税関係
〔世帯主氏名〕		□高齢者福祉関係		
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	運転免許証・旅券・住基カ・マイカ・在留カ	病院・施設の職員証等
□郵送	保険証・介護・年金手帳・その他 ()	()
□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
送受日	入力	送受日	入力	送受日	入力	サイン 登録
						/

※ 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。）

受付印

<記載例3>

対象者と届出者が異なる場合

（対象者が氏名と委任確認を自署したものを持参するケース）

送付先変更届（登録・変更・廃止）

新潟県後期高齢者医療広域連合長

令和 2 年 11 月 1 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	〒955-0192 三條市荻堀830番地1 電話 0256(46)2511		対象者との関係	本人
	フリガナ	ヤマダ ハナコ		生 年 月 日	
	氏名（自署）	山田 花子		明・大昭・平 53年12月15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	〒955-8686 三條市旭町2丁目3番1号 電話 0256(34)5511		代筆者氏名（対象者との関係）	生 年 月 日
	フリガナ	サンジウ イチロウ	代筆者氏名（対象者との関係） □届出者による代筆（記入不要です。）	生 年 月 日	
	氏名（自署※）	三條 一郎		明・大昭・平 15年8月3日	
委任確認（自署※） <input checked="" type="checkbox"/> 私（対象者）は、上記届出者に本送付先変更届に関する手続きを委任します。					
送付先	<input checked="" type="checkbox"/> 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	〒 -		対象者との関係	
	フリガナ				
	氏名				
有効期間	令和 2 年 11 月 1 日 ~ 令和 年 月 日				
理由	□入院中 <input checked="" type="checkbox"/> 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
<input type="checkbox"/> 以下の全て	<input checked="" type="checkbox"/> 以下の全て	<input checked="" type="checkbox"/> 以下の全て	<input type="checkbox"/> 以下の全て	<input type="checkbox"/> 以下の全て
<input type="checkbox"/> 保険証関係	<input type="checkbox"/> 保険証関係	<input type="checkbox"/> 保険証・認定関係	<input type="checkbox"/> 医療関係	<input checked="" type="checkbox"/> 市・県民税関係
<input type="checkbox"/> 給付関係	<input type="checkbox"/> 給付関係	<input type="checkbox"/> 給付・受給関係	<input type="checkbox"/> 給付関係	<input type="checkbox"/> 軽自動車税関係
<input type="checkbox"/> 保険料関係	<input type="checkbox"/> 保険料関係	<input type="checkbox"/> 保険料関係	<input checked="" type="checkbox"/> 障害者手帳関係	<input checked="" type="checkbox"/> 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		<input type="checkbox"/> 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：

<input type="checkbox"/> 窓口	運転免許証・旅券・住基カ・マイカ・在留カ	病院・施設の職員証等
<input type="checkbox"/> 郵送	保険証・介護・年金手帳・その他（ ）	（ ）
<input type="checkbox"/> 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
送受日	送受日	送受日	送受日	送受日	送受日	スキャン 登録
入力	入力	入力	入力	入力	入力	/