

勝浦市長 様

保険関係書類送付先変更願

申請者	住所	〒 ー		
	ふりがな 氏名			
	電話番号			
	被保険者との関係	本人・親族（ ）・成年後見人・その他（ ）		

関係書類について、下記の事由により送付先変更の(□開始・□変更・□終了)を依頼します。
なお、この送付先変更に関する事項は、被保険者（又はその関係者）並びに送付先に説明済みであり、
生じた問題に対する責任は、申請者である私が負うことに同意します。

送付先変更被保険者情報				
住 所				
世帯主(国保の場合のみ記入して下さい)				
被保険者ふりがな 氏名		生 年 月 日	T・S・H・R 年 月 日	
送付先変更の理由	1. 被保険者自身で郵便物を管理することが困難なため 2. 病院や施設へ長期入院・入所しているため 3. 成年後見制度により保護を受けているため 4. その他（ ）			
送付希望書類 (希望する番号を○で囲む) <u>国保の擬制世帯主の場合は、1の保険税関係書類も選択して下さい</u>	1.国保	資格関係書類・給付関係書類・保険税関係書類 (その他税関係の書類提出が必要な場合があります)		
	2.後期	資格関係書類・給付関係書類・保険料関係書類		
	3.介護	介護保険関係書類全て		
変更期間	1.期限なし 2.期限あり(年 月 日から 年 月 日まで) ※期限ありの場合、期限後は住民登録地に送付されます。			

送付先	□申請者と同じ ※申請者と同じ場合は、下記は記入不要です。			
	住所	〒 ー		
	ふりがな 氏名		関係	本人・親族（ ）・成年後見人・ その他（ ）
	電話番号	()		
※市民課・高齢者支援課記入欄		□ 税務課確認済 □ 福祉課確認済		

記入例

v 年 月 日

勝浦市長 様

保険関係書類送付先変更願

申請者	住所	〒〇〇〇-〇〇〇〇 勝浦市勝浦〇〇番地〇		
	ふりがな 氏名	かつうら いちろう 勝浦 一郎		
	電話番号	〇〇-〇〇〇〇		
	被保険者との関係	本人・親族(子)・成年後見人・その他()		

関係書類について、下記の事由により送付先変更の(☑開始・□変更・□終了)を依頼します。
 なお、この送付先変更に関する事項は、被保険者(又はその関係者)並びに送付先に説明済みであり、
 生じた問題に対する責任は、申請者である私が負うことに同意します。

送付先変更被保険者情報				
住 所	勝浦市勝浦〇〇番地〇			
世帯主(国保の場合のみ記入して下さい)	勝浦 太郎			
被保険者氏名	かつうら たろう 勝浦 太郎	生 年 月 日	T・S・H・R 〇年〇月〇日	
送付先変更の理由	1. 被保険者自身で郵便物を管理することが困難なため ② 病院や施設へ長期入院・入所しているため 3. 成年後見制度により保護を受けているため 4. その他()			
送付希望書類 (希望する番号を○で囲む) 国保の擬制世帯主の場合は、1の保険税関係書類も選択して下さい	①.国保	資格関係書類・給付関係書類・保険税関係書類 (その他税関係の書類提出が必要な場合があります)		
	2.後期	資格関係書類・給付関係書類・保険料関係書類		
	③.介護	介護保険関係書類全て		
変更期間	①.期限なし 2.期限あり(年 月 日から 年 月 日まで) ※期限ありの場合、期限後は住民登録地に送付されます。			

送付先	☑申請者と同じ ※申請者と同じ場合は、下記は記入不要です。			
	住所	〒 ー		
	ふりがな 氏名	関係	本人・親族()・成年後見人・ その他()	
	電話番号	()		
※市民課・高齢者支援課記入欄		☐ 税務課確認済 ☐ 福祉課確認済		