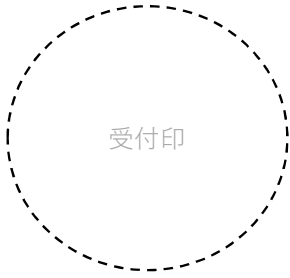


送付先変更（ 新規 ・ 変更 ・ 解除 ）届出書（共通様式）

真庭市長 様

令和 年 月 日

岡山県後期高齢者広域連合長 様



届出人	住 所 所在地	〒 -		
	氏 名 名 称	フリガナ	続柄	☐ 本人
	電 話	()		☐ 親族 ()
				☐ その他()
☐ 裏面の注意事項を確認し、すべての内容に同意します。				

○送付先の変更を希望する納付(税)義務者・被保険者等について、ご記入ください。

納付(税)義務者 被保険者等	住 所 所在地	〒 -		
	氏 名 名 称	フリガナ	生年 月日	大・昭・平・令 年 月 日
			基本番号	

※基本番号欄は届出人は記入不要

○送付先の変更の内容について、ご記入ください。

旧送付先	住 所 所在地	〒 -		
	氏 名 名 称	フリガナ		
			基本番号	

新送付先	住 所 所在地	〒 -		
	氏 名 名 称	フリガナ	続柄	☐ 本人
	電 話	()		☐ 届出人と同じ
			基本番号	

○該当する項目に☐をしてください。

送付先の変更を希望 する内容	市 税	☐ 市民税・県民税	☐ 固定資産税	☐ 軽自動車税
	国民健康保険税	☐ 国民健康保険税		
	国民健康保険	☐ 資格（保険証等） ・ 給付		
	後期高齢者医療	☐ 被保険者証のみ	☐ すべての書類	☐ その他 ()
	公 費 医 療	☐ 心身障害者医療		
	介 護 保 険	☐ 資格（保険証等） ・ 保険料		
	上 下 水 道	☐ 上水道	☐ 下水道	
変更の理由	☐ 死亡のため			
	☐ 施設入所・入院のため			
	☐ 書類の管理が困難なため			
期限の設定	☐ 転居のため			
	☐ 住民票異動のため			
	☐ 本店・支店の移転のため			
☐ その他 ()				
期限の設定	☐ 期限なし ☐ 期限あり (年 月 日から 年 月 日まで)			

(裏面につづく)

以下の注意事項を必ずお読みいただき、すべての内容に同意のうえで届出書を提出してください。

<注意事項>

1. 届出には、届出人の本人確認書類（運転免許証、保険証等）が必要です。郵送で提出する場合は、本人確認書類の写しを添付してください。
2. 親族が届出人や受取人となる場合は、納付(税)義務者・被保険者の本人確認書類（本人の保険証等、本人についての情報が確認できる書類）を、その他の方が届出人や受取人となる場合は、委任状を添付してください。
成年後見人の方が届出人や受取人となる場合は、登記事項証明書の写しを添付してください。
3. **国民健康保険の資格・給付、公費医療**の届出を同一世帯の方が行う場合は、本人確認書類や委任状は不要です。ただし、前述以外の送付先変更もあわせて行う場合は、本人確認書類や委任状が必要です。
4. 書類に不備や個人情報の保護等の問題があると市が判断した場合は、この届出を受理しないことがあります。
5. 市税・国民健康保険税については、原則として納税義務者の方が届出をしてください。
6. 納税義務者以外の方が市税・国民健康保険税の受取人となる場合は、「送付先変更届出書」ではなく、「納税管理人申告（承認申請）書」を提出してください。
7. この届出により問題が発生した場合は、届出人の責任で対処してください。

以下、事務処理欄

※本人確認

【1点】	☐ 個人番号カード	☐ 運転免許証	☐ 旅券	☐ 障害者手帳	☐ 在留者カード	☐ その他（ ）
【2点】	☐ 保険証	☐ 介護保険証	☐ 年金手帳	☐ 年金証書	☐ 生活保護受給証明書	☐ その他（ ）

<送付先指定対象者の情報>

国保被保険者証番号

岡 8 4

--	--	--	--	--	--	--	--

後期高齢者医療

--	--	--	--	--	--	--	--

単県受給資格

--	--	--	--	--	--	--	--

介護保険被保険者証番号

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

処理	☐ 前納 ☐ 口座振替 ☐ 現金（該当をチェックすること）
	システム入力日 : 月 日 入力者確認
	発送注意事項処理日 : 月 日 入力者確認

税務課	市民課	高齢者支援課	上下水道課	振興局

※振興局で申請書を受け付けたら関係部署にコピーを逡送して下記にチェックください。

※本庁で申請書を受け付けたら関係部署にコピーを渡し、各課の受取サインを下記にもらってください。

課長	室長	係長	合議