

三好市国民健康保険 送付先変更届

送付先を変更する書類の種類に を付けてください

種類	<input type="checkbox"/> 国民健康保険の資格・給付に関する書類（保険証・高額療養費申請・医療費通知など）
	<input type="checkbox"/> 国民健康保険税に関する書類（納付書など）

被保険者	被保険者番号	三好
	住所	〒
	氏名	
	生年月日	大・昭 平・令 年 月 日
	電話番号	

届出人	届出日	年 月 日
	被保険者との続柄	<input type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> 親族(続柄：) <input type="checkbox"/> その他()
	住所	〒
	フリガナ	
	氏名	Ⓜ
	生年月日	大・昭 平・令 年 月 日
	電話番号	

送付先	種類	<input type="checkbox"/> 新規 <input type="checkbox"/> 変更 <input type="checkbox"/> 解除
	住所	〒
	氏名・病院名・施設名	
	電話番号	

変更理由	<input type="checkbox"/> 入院のため <input type="checkbox"/> 施設入所のため <input type="checkbox"/> 家族の事情のため（介護等）
	<input type="checkbox"/> 判断力低下のため <input type="checkbox"/> 後見人に送付 <input type="checkbox"/> 送付先の必要がなくなったため(解除の場合)
	<input type="checkbox"/> その他（)

開始・終了 年 月 日	年 月 日 から 年 月 日
----------------	----------------

送付先変更に伴う不利益はすべて届出人の責任とし、三好市に責任を問わないことを誓約します

届出人 _____ Ⓜ

※裏面の注意事項をよくお読みください

注 意 事 項

1	この届出書には、 届出人の身分証明書の写しを必ず添付 してください。（例：運転免許証のコピーなど）なお、 届出人が成年後見人、保佐人、補助人の場合には、証明書(写し可)を添付 してください。
2	不備の場合、届出を受けることはできません。その旨のご連絡をさせていただきますので、あらためてお手続きが必要となります。
3	住所地以外に被保険者証等を送付することが個人情報の管理等において問題があると判断した場合には、送付先を変更できない場合があります。
4	送付先が再度変更になる場合、または送付先の設定を解除する場合には、速やかに届け出てください。
5	送付先に送付したにも関わらず、書類が返戻された場合、送付先登録を削除し、住所地に送付します。
6	送付先指定に伴う不利益は全て被保険者及び届出人の責任とします。
7	国民健康保険に関しましては、この送付先を設定すると、納付も含めその世帯員の書類全てが送付先に送付され、別途送付先を設定することができませんので、ご了承ください。
8	不明な点がございましたら、下記担当までお問い合わせください。

問い合わせ先

〒778-8501 三好市池田町シンマチ1500番地2

■国民健康保険に関すること

保険医務課 国民健康保険担当

TEL 0883-72-7613

FAX 0883-72-7201