

※太枠内に記入してください。

被保険者記号	13	番号	
--------	----	----	--

## 国民健康保険送付先変更申請書

年 月 日

(宛先) 厚木市長

厚木市国民健康保険に関する送付先変更事務取扱要綱第2条の規定により、次のとおり送付先変更を申請します。  
 なお、送付先変更について、同要綱第5条の規定に該当した場合、送付先変更の取消について承諾します。

申請者(世帯主) 住所 厚木市 電話 ( )  
 本人確認書類を添付してください。 氏名  
 来庁者(記入者) 住所 電話 ( )  
 本人確認書類を添付してください。 氏名 世帯主との関係 ( )

送付先変更者 (世帯主)	住所	厚木市		
	(フリガナ)			生 年 月 日
	氏名			年 月 日
設定期間	年 月 日 から 年 月 日 まで			
送付先	住所	〒 —		
	宛名			
	関係	<input type="checkbox"/> 親権者 <input type="checkbox"/> 後見人 <input type="checkbox"/> 保佐人 <input type="checkbox"/> 補助人 <input type="checkbox"/> 入院先 <input type="checkbox"/> 勤務先 <input type="checkbox"/> 家族の介護先(続柄: ) <input type="checkbox"/> 居住地 <input type="checkbox"/> 親族宅(続柄: ) <input type="checkbox"/> 相続人		
	同意	上記送付先の同意 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無		
変更理由	<input type="checkbox"/> 施設入所のため <input type="checkbox"/> 入院治療のため <input type="checkbox"/> 介護のため(続柄: ) <input type="checkbox"/> 住居建て替えのため <input type="checkbox"/> 書類の受け取りが困難なため <input type="checkbox"/> 居所が判明すると不利益を被るため <input type="checkbox"/> 世帯主死亡のため <input type="checkbox"/> 仕事のため			
事務処理欄				<input type="checkbox"/> 新規 <input type="checkbox"/> 継続
保険証又は 資格確認書等	[交付状況] <input type="checkbox"/> 未 <input type="checkbox"/> 交付    郵送( / )    証明書( / まで) [回収状況] <input type="checkbox"/> 未 <input type="checkbox"/> 回収			
添付書類 (写し)	<input type="checkbox"/> 世帯主の本人確認書類 <input type="checkbox"/> 登記事項証明書 <input type="checkbox"/> 来庁者(記入者)の本人確認書類 <input type="checkbox"/> 相続人確認書類 <input type="checkbox"/> 送付先の住所が確認できる書類			
備考				
課長	係長	担当	国保年金課 国保給付係	
			起案	. . 分類 5・2・2
			決裁	. . 決裁区分 E
			施行	. . 保存 3年 常用(除紙後3年)
本件、上記申請のとおり処理してよろしいか。				