

国民健康保険に係る送付先指定届



届出年月日	令和	年	月	日
-------	----	---	---	---

北広島市 保健福祉部保険年金課長 様

※ 太枠のみ記入

届出 人	氏名		電話番号	
	対象世帯主との関係	<input type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> 同居の親族 <input type="checkbox"/> 成年後見人等 <input type="checkbox"/> 社会福祉士等 <input type="checkbox"/> その他 ()		
	住所	〒 - (届出人の住民登録地又は事務所等所在地。都道府県から記載)		

私は、下記対象世帯の国民健康保険に係る書類について、住民登録地において受け取ることが困難であることから、送付先の指定(変更)を申し出ます。送付物がある場合は、指定地宛に送付くださいますようお願いいたします。
なお、住民登録地又は指定地に変更が生じた場合は、速やかに北広島市へ届出いたします。

対象世帯	被保険者番号	
	世帯主氏名	整理番号 0 0
送付先指定地	(都道府県から記入) 〒 -	
	(方書)	
	電話番号	
対象書類	<input type="checkbox"/> 国民健康保険に係る書類全て <input type="checkbox"/> 給付関係のみ (資格確認書や限度額適用(・標準負担額減額)認定証など) <input type="checkbox"/> 保険税関係のみ (納税通知書や納付書など)	
届出理由	(仕事・病気・家庭事情等、具体的に記述)	
期間	<input type="checkbox"/> 無期限 <input type="checkbox"/> 指定 (年 月 日 ~ 年 月 日)	
摘要	(市役所記入欄)	

- ※ 注意事項
- 届出人が対象世帯主本人でも同居の親族でもない場合は、世帯主からの委任状を提出してください。(ただし、届出人が同居の親族でない成年後見人・保佐人・補助人のいずれかである場合は、委任状ではなく登記事項証明書の写しを提出してください。)
 - 自動更新となりますが、国民健康保険税の納付状況や各種届出の状況により受付できない場合があります。
 - 送付先指定地へ正しく送付されない場合は、市が直ちに送付先指定を停止又は解除できるものとします。

届出人確認書類	<input type="checkbox"/> 免許証 <input type="checkbox"/> マイナンバーカード <input type="checkbox"/> その他 ()
---------	--