

福祉医療 送付先住所異動届出書

下記のとおり、福祉医療に関する書類の送付先を(新規に設定・変更・解除)していただくようお願いいたします。なお、この届出におけるすべての責任は、私が負います。

※太枠内に必要事項を記入してください。

区分	1. 新規	2. 変更	3. 解除	(いずれかに○印)
☆ 受給者番号				
☆ 氏名	(フリガナ)			
生年月日	大正・昭和・平成・令和		年	月 日 生
住民登録上の住所	〒 -			
送付先住所	□届出人と同じ 〒 -		送付先住所の電話番号: (方書:)	
理由	<input type="checkbox"/> 一時的な居住地 <input type="checkbox"/> 親族が書類管理を行うため <input type="checkbox"/> 成年後見人、保佐人、補助人が書類管理を行うため <input type="checkbox"/> 送付先変更の理由がなくなるため <input type="checkbox"/> その他()			
☆ 確認事項 (確認したら□を入れてください)	<input type="checkbox"/> この届出は福祉医療に関する書類のみが対象となります。 <input type="checkbox"/> 送付先の変更が不要になった場合や、内容に変更がある場合は直ちに市に届け出してください。 <input type="checkbox"/> 市が受給者・届出人ともに連絡が取れなくなった場合や、虚偽の届出をしていることが判明した場合は、送付先変更の取扱いを終了することがあります。			
☆ その他	<input type="checkbox"/> 西宮市国民健康保険 送付先住所異動申請書 と同じ送付先へ変更する <input type="checkbox"/> 後期高齢者医療関係書類送付先登録申請書 と同じ送付先へ変更する			

届出人	本人 ・ 代理人(代理人の場合は下記に住所・氏名・電話番号等をご記入ください)		
	☆氏名		本人との続柄
	住所	〒 - (方書:)	
	電話番号		

※ここから下の欄は記入しないでください。その他に該当する方は、☆のみの記入

備考	受付	入力
国保・後期の送付先設定 <input type="checkbox"/> 設定済 <input type="checkbox"/> 設定なし <input type="checkbox"/> 手続き中 <input type="checkbox"/> (変更時のみ) <input type="checkbox"/> 連絡済み		

※決裁欄		
課長	係長	係
○		

受給者本人確認 受給者証 健康保険証 障害者手帳
マイナンバーカード 運転免許証 他()

代理人本人確認 マイナンバーカード 運転免許証 他()

→代理人の場合委任確 受給者証 受給者の保険証 受給者の障害者手帳 委任状 その他()

成年後見人(登記簿が必要) 保佐人・補助人(登記簿と代理行為目録が必要)

成年後見人、保佐人、補助人に代わって届出する場合はその者から代理を受けたことがわかるもの(委任状、社員証等)

西宮市長 様

月 日

※ 健康保険の送付先変更と同時に申請される場合は、「その他」の欄に☑をつけ、下記の4点のみ記入してください。

- ・受給者番号
- ・受給者氏名
- ・その他
- ・届出人氏名 ※届出人氏名は代理人による申請の場合に必要です

下記のとおり、福祉医療におけるすべての責任は、

たします。なお、この届出

※太枠内に必要事項を記入してください。

区分	1. 新規 2. 変更 3. 解除 (いずれかに○印)						
☆ 受給者番号	1	2	3	4	5	6	7
☆ 氏名	(フリガナ) <small>ニシノミヤ タロウ</small> 西宮 太郎						
生年月日	大正・昭和・平成・令和 年 月 日 生						
住民登録上の住所	〒 - 西宮市 ○○町○番○号						
送付先住所	☐届出人と同じ 〒 - 届出人住所と異なる場合は、記入してください。 (方書:)						
理由	<input checked="" type="checkbox"/> 一時的な居住地 <input type="checkbox"/> 親族が書類管理を行うため <input type="checkbox"/> 成年後見人、保佐人、補助人が書類管理を行うため <input type="checkbox"/> 送付先変更の理由がなくなるため <input type="checkbox"/> その他()						
☆ 確認事項 (確認したら☑を入れてください)	<input checked="" type="checkbox"/> この届出は福祉医療に関する書類のみが対象となります。 <input checked="" type="checkbox"/> 送付先の変更が不要になった場合や、内容に変更がある場合は直ちに市に届け出してください。 <input checked="" type="checkbox"/> 市が受給者・届出人ともに連絡が取れなくなった場合や、虚偽の届出をしていることが判明した場合は、送付先変更の取扱いを終了することがあります。						
☆ その他	<input type="checkbox"/> 西宮市国民健康保険 送付先住所異動申請書 と同じ送付先へ変更する <input type="checkbox"/> 後期高齢者医療関係書類送付先登録申請書 と同じ送付先へ変更する						

届出人	本人・ 代理人 (代理人の場合は下記に住所・氏名・電話番号等をご記入ください)		
	☆氏名	西宮 花子	本人との続柄 子
	住所	〒 - 西宮市 △△町 (方書:)	
	電話番号	090-○○○○-○○○○	

※ここから下の欄は記入しないでください。その他に該当する方は、☆のみの記入

備考	受付	入力
国保・後期の送付先設定 <input type="checkbox"/> 設定済 <input type="checkbox"/> 設定なし <input type="checkbox"/> 手続き中 L(変更時のみ) <input type="checkbox"/> 連絡済み		

※決裁欄

課長	係長	係
○		

受給者本人確認 受給者証 健康保険証 障害者手帳
マイナンバーカード 運転免許証 他()

代理人本人確認 マイナンバーカード 運転免許証 他()

→代理人の場合委任確認 受給者証 受給者の保険証 受給者の障害者手帳 委任状 その他()

成年後見人(登記簿が必要) 保佐人・補助人(登記簿と代理行為目録が必要)

成年後見人、保佐人、補助人に代わって届出する場合はその者から代理を受けたことがわかるもの(委任状、社員証等)