

送付先変更申出書

砺波市健康センター所長 へ

令和 年 月 日

送付先の変更を下記のとおり希望します。

申請者	住所	〒 電話番号 - -		
	氏名	フリガナ		
被保険者との関係	本人・配偶者・子・父・母・兄弟・姉妹・孫 成年後見人・その他（具体的な関係： ） ※成年後見人が申請される場合は、登記簿記載証明などの写しを添付してください。			

送付先の変更が必要な方	住所	〒		
	氏名		性別	男・女
	生年月日	大正、昭和、平成、令和 年 月 日		
	要介護状態区分	要介護（ ）・要支援（ ）・申請中・なし		

変更の事由	1. 一人暮らしで（ ① 施設入所中のため ・ ② 認知症のため ） 2. その他（ ）
-------	---

新送付先	<input type="checkbox"/> 申請者に同じ（ <input checked="" type="checkbox"/> してください）		
	住所	〒	
	フリガナ		
	氏名 施設名		

処理事項（にチェックをつける。） すべてコピーをとる。

申請者 本人確認	①は1点で可（写真有）、②は2点必要 ① <input type="checkbox"/> 運転免許証 <input type="checkbox"/> パスポート <input type="checkbox"/> マイナンバーカード <input type="checkbox"/> 身体障害者手帳 <input type="checkbox"/> その他（ ） ② <input type="checkbox"/> 介護保険被保険者証 <input type="checkbox"/> 健康保険証 <input type="checkbox"/> 国民年金手帳 <input type="checkbox"/> 年金証書 <input type="checkbox"/> その他（ ）
送付先変更者 確認	<input type="checkbox"/> 運転免許証 <input type="checkbox"/> パスポート <input type="checkbox"/> マイナンバーカード <input type="checkbox"/> 身体障害者手帳 <input type="checkbox"/> 介護保険被保険者証 <input type="checkbox"/> 健康保険証 <input type="checkbox"/> 国民年金手帳 <input type="checkbox"/> 年金証書 <input type="checkbox"/> その他（ ）