送付先変更等依頼書

太枠の中をご記入ください。

１．どなたの書類ですか（国民健康保険の場合は世帯主、後期高齢者医療の場合は被保険者です）

住所地	〒　　電話番号　　（　　）		
氏　名	①＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿	生年月日	大正・昭和・平成・西暦 年　月　日

２．書類の種類は何ですか？

国民健康保険	後期高齢者医療
□　資格確認書関係・給付通知関係 □　納税通知書関係	□　資格確認書関係 □　納付書・還付関係 □　給付通知関係
国保被保険者番号（　　）	後期被保険者番号（　　）

３．ご要望の送付先等を記入してください。

住　所	□　住所地以外に送付する。　□　宛先を住所地に送付する。（解除） ↳ 〒　　電話番号　　（　　）		
氏　名	□　①と別のかた　□　①と同じかた ↳	①のかたとの続柄	
依頼の理由			
郵送方法	□簡易書留郵便での郵送を希望する。（資格確認書関係のみ）		

裏面注意事項に同意の上、上記のとおり依頼します。

令和　　年　　月　　日

依頼人（窓口申請の場合は窓口にいらしたかた）

□　①（本人）と同じ

□　代理人　住所　〒＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

氏名＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿　電話番号　　（　　）

①のかたとの続柄　＿＿＿＿＿＿＿＿

十和田市長　殿

決裁	課長	課長補佐	係長	担当	本人確認書類		回覧
					１点	□個カ　□免許　□旅券　□身手	□後期
					２点	□資格確認書　□介護　□受給証　□年金手帳	
					※	□その他（　　）	

〔裏面の注意事項を確認してください〕

注 意 事 項

No.	項　　目
1.	□　書類の送付先は原則住所地となっております。事故防止のためにも、可能なかぎり郵便局での「転送サービス」をご活用ください。
2.	□　「なりすまし」による不正手続防止のため、本人確認書類をご提示ください。異なる世帯のかたが依頼する場合は委任状の提出が必要となります。ただし、後期高齢者医療の送付先変更において委任状の作成が困難な場合については、マイナンバーカードもしくは後期高齢者医療資格確認書を提示することにより、委任状を省略できます。
3.	□　郵送での提出も可能です。 〔提出書類〕依頼書、申請者の身分証明書の写し、委任状（依頼者が表面依頼書の①のかたと異なる世帯のかたの場合） 〔提出先〕　034-8615　十和田市西十二番町６番１号 十和田市くらし窓口部国保年金課
4.	□　個人情報上の管理等において、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。
5.	□　有効期間は変更の依頼があるまでです。ご指定いただいた送付先に書類をお送りします。 ただし、国民健康保険の資格確認書関係・給付通知関係にかかる送付先の変更の場合は、依頼書提出から１年間※が有効期間です。継続更新の場合は、再度、依頼書の提出をお願いします。提出がない場合は住所地に書類を送付します。
6.	□　依頼書提出後、送付先が変更になる場合、送付先の変更を解除する場合は、速やかに依頼書を提出してください。
7.	□　送付先を変更したにも関わらず、書類が返戻された場合は、送付先の登録を削除し、住所地に送付いたします。
8.	□　国民健康保険の書類に関しては、世帯単位での送付となります。（個人毎の送付はいたしません）
9.	□　送付先指定に伴う不利益については、全て、被保険者及び依頼者の責任とします。

※　依頼書提出日が属する月の翌月１日を起算日とします。