

送付先変更・住所変更届 記入例

① 届の内容について、新規・変更・解除のいずれかに○を付ける。

① 送付先変更・住所変更届 (**新規** ・ 変更 ・ 解除)

太宰府市長 殿 番号：S J
福岡県後期高齢者医療広域連合長 殿 令和3年 1月 10日

②

①届出者	フリガナ ダザイ レイワ	納税義務者・被保険者との続柄	<input type="checkbox"/> 本人
	氏名 太宰 令和		<input checked="" type="checkbox"/> 同一世帯員
	〒 810-0001 電話 -		<input type="checkbox"/> 代理人 ()
住所	福岡市中央区天神〇-〇-〇		

※提出の際は、裏面「重要事項」の内容をご確認いただき、すべての内容に同意したものと、届出の受付を行います。
※届出内容を変更(追加)、解除する場合は、該当区分の変更もしくは解除に○を付けて、速やかに届け出てください。

○送付先・住所の変更を届け出る納税義務者・被保険者について、お書きください。

③

②納税義務者・被保険者	フリガナ ダザイ レイワ	生年月日
	氏名 太宰 令和	平成9年 1月 10日
	住所 太宰府市観世音寺1丁目3番1号	

○送付先・住所の変更の内容について、お書きください。

④

①届出者と同じ → ③送付先欄は記入不要
 ②納税義務者・被保険者と同じ → ③送付先欄の住所のみ記入
 ①・②いずれでもない → ③送付先欄すべて記入

③送付先	フリガナ	納税義務者・被保険者との続柄	<input type="checkbox"/> 同一世帯員
	受取人氏名		<input type="checkbox"/> 代理人 ()
	〒 810-0001 電話 080-0000-0000		
住所	福岡市中央区天神〇-〇-〇		

○その他の設定事項について、お書きください。

⑤

④この届出を適用させる書類	国民健康保険 <input type="checkbox"/> 資格確認書等 <input type="checkbox"/> 納税通知書・納付書等
	公費医療 <input type="checkbox"/> 子ども医療 <input type="checkbox"/> ひとり親医療 <input type="checkbox"/> 重度障がい者医療
	後期高齢者医療 <input type="checkbox"/> 資格関係(資格確認書等) <input type="checkbox"/> 賦課関係(簡易申告書等)
⑤変更の理由	<input checked="" type="checkbox"/> 右記のすべての書類
	介護保険 <input type="checkbox"/> 受給者管理：被保険者証、負担割合証、負担限度額認定証等 <input type="checkbox"/> 納付管理：保険料通知、納付書 <input type="checkbox"/> 給付実績管理：高額医療、支援サービス費支給決定通知等
	市税 <input type="checkbox"/> 市民税・県民税 <input type="checkbox"/> 固定資産税 <input type="checkbox"/> 軽自動車税(種別割)
⑥期間の設定	<input checked="" type="checkbox"/> 期限なし <input type="checkbox"/> 期限あり (年 月 日から 年 月 日まで)

裏面 裏面の重要事項等を必ずご確認ください。

② 届出者について記入する。

③ 納税義務者・被保険者について記入する。届出者と同じであっても、生年月日は必ず記入すること。

④ 送付先での受取人について、該当する個所に✓を付ける。その内容によって、枠内の必要な個所を記入する。
※固定資産税、市民税・県民税は、納税義務者と別の人を受取人にする場合、納税管理人申告書をご提出ください。

⑤ この届の内容を適用させる書類、変更の理由、期間設定を✓で選択する。すべての書類を希望する場合、右記のすべての書類を✓。変更の理由がその場合、必ず内容を記入してください。