

須賀川市長あて

国民健康保険送付先変更届出書

【届出者】



住所 _____
氏名 _____ 対象者との関係 _____
電話 (自宅) _____ (携帯) _____

住所登録地での受取りが困難なため、次の送付先に関係書類を送付してください。なお、この届出に関する事項は納税義務者及び関係者に説明済みであり、この届出に関して生じた問題に対する責任は届出者である私が負うことに同意します。

納 税 義 務 者	住所	<input type="checkbox"/> 届出者と同じ 〒 _____	記号 番号	島4-
	生年月日	昭・平・令 _____ 年 月 日	電話番号	
	(フリガナ) 氏名	<input type="checkbox"/> 届出者と同じ	※納税通知書の送付先変更の場合は本人の署名又は記名押印が必要。	
	変更を届け 出るもの	<input type="checkbox"/> 国保税関係（納税通知書等） <input type="checkbox"/> 資格関係（資格確認書、資格情報のお知らせ等） <input type="checkbox"/> 給付関係（医療費通知等）		
送 付 先 変 更	変更先 (受取人)	住所	<input type="checkbox"/> 届出者と同じ 〒 _____	
		(フリガナ) 氏名	<input type="checkbox"/> 届出者と同じ	電話 番号
	関係	<input type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> 親族（続柄 _____） <input type="checkbox"/> 成年後見人 <input type="checkbox"/> 納税管理人 <input type="checkbox"/> 破産管財人 <input type="checkbox"/> その他（ _____ ）		
	変更理由	<input type="checkbox"/> 一時的な居所の変更（理由： _____） <input type="checkbox"/> 病院・施設等への入院など（病院施設名： _____） <input type="checkbox"/> 本人管理困難（理由： _____） <input type="checkbox"/> 送付先変更の解除 <input type="checkbox"/> その他（ _____ ）		
変更期間	永年 _____ 年 _____ 月まで			

必要書類：下記本人確認書類（届出者）、納税義務者欄は納税通知書の送付先変更の場合は、本人の署名、記名押印または委任状の添付が必要。

【いずれか1点】官公署が発行する顔写真付き証明書（マイナンバーカード（表面）、運転免許証、パスポート、写真付き住基カード、在留カード、障害者手帳など）

【上記がない場合、いずれか2点】健康保険資格確認書、介護保険証、年金手帳、年金証書、病院の診察券など

【成年後見人等による届出時】登記事項証明書（代理行為目録を含む）の写し及び成年後見人等の本人確認書類

※成年後見人等による届出時は、納税義務者の署名等は不要。

市 処 理 欄	課長	補佐	係長	係員	入力 確認欄	税	資格	給付	証区分
本件、上記のとおり送付先の変更について承認することとしたい。									

ご提出の際は次の事項を必ずご確認ください。

が記載されている箇所は、該当するものにレ点をチェックして下さい。

この届出書は、

国民健康保険に関する書類の送付先変更（住民登録地以外の場所に納税通知書等の送付）を希望される場合に変更内容をお知らせいただくものです。

市内での住民票の異動を伴う転居や、市内から住民票の異動を伴う転出の場合には、届出は不要です。

【注意事項】

- ・送付先を納税義務者以外へ変更する場合は、変更先（受取人）の方から承諾を得てください。
- ・送付先をさらに変更、送付先変更を終了する場合は、速やかに届出書を提出してください。
- ・送付先が変更されていても、国保税が未納となった場合の滞納処分は納税義務者に行われることとなります。
- ・通知書等が送付先に届かない場合は、送付先変更を解除することがあります。

次の場合は、別の様式をご請求ください。（国保税に関する通知に限る）

○納税義務者がお亡くなりになられた場合

お亡くなりになられた方の通知書等を送付させていただくため、「相続人代表者指定届出書」の提出をお願いします。

【問い合わせ先】

〒962-8601 福島県須賀川市八幡町1 3 5 番地

須賀川市市民福祉部保険年金課

国保税係 電話0248-88-9136

国保給付係 電話0248-88-9135