

国民健康保険に関する郵便物の送付先変更申請

※住民票の異動や郵便局での転送届ができない正当な理由がある場合に限り申請ができます。
 ※別世帯の方が申請する場合は、世帯主からの委任状を必ず添付してください。
 ※郵送で手続きする場合は、申請者の本人確認できるもの（運転免許証など）の写しを必ず添付してください。

倉敷市長 あて

申請者	申請日	令和		年		月		日	
	住所								
	フリガナ								世帯主との続柄
	氏名								1 本人 2 配偶者 3 親・子 4 その他()
	電話								

※必ず連絡のとれる連絡先をご記入ください。

被保険者証記号番号	岡2								世帯主氏名	
現在の送り先(住民票住所)										

世帯主の同意	次のいずれかに該当する場合は記入不要 ①委任状がある ②「変更箇所」氏名が世帯主である ③保険証を1回のみ送変適用する ④世帯主が記入が困難な状況(傷病等により筆記が困難な場合は、状況がわかる書類(障がい者手帳、介護保険証、入院計画書等の資料を添付してください。	世帯主氏名	
		電話	
	※必ず世帯主本人が署名してください。		

変更箇所	宛先	〒							都道府県
		【方書】							
	フリガナ氏名								

住民票を移せない理由	【具体的に記入してください。】 記載がない場合や変更する理由に該当しないと判断した場合は変更できないことがあります。
希望期間	<input type="checkbox"/> 1回限り <input type="checkbox"/> 3ヶ月以内 <input type="checkbox"/> 6ヶ月以内 <input type="checkbox"/> 1年以内 <input type="checkbox"/> 2年以内(成年後見人等の場合のみ) 上記のうち、令和 年 月まで
事項	<input type="checkbox"/> 期間到来後は住民票住所に発送いたします。 <input type="checkbox"/> 期間の延長が可能ですが、書面による申請がなかった場合、住民票住所に発送いたします(期間到来前に申請をお願いします)。
備考	

認める理由	<input type="checkbox"/> 入院のため <input type="checkbox"/> 施設入所のため <input type="checkbox"/> 仕事のため <input type="checkbox"/> 親の介護のため <input type="checkbox"/> 判断力低下のため <input type="checkbox"/> 家庭の事情のため <input type="checkbox"/> 納付のため <input type="checkbox"/> 住登外・116-3 <input type="checkbox"/> 職権(転出先方書) <input type="checkbox"/> その他
	()
決定期間	R 年 月 日 ~ R 年 月 日

事務処理欄は記載しないでください

窓口	受付	受付時					変更する処理					本人確認		受付印		
本 玉 庄 船 推		再交付	不着返戻	住所異動	加入	納付相談	送変のみ	当	異	申	証	給	収		シ	<input type="checkbox"/> マイナンバーカード <input type="checkbox"/> 運転免許証 <input type="checkbox"/> 健康保険証 <input type="checkbox"/> 年金手帳 <input type="checkbox"/> 在留カード <input type="checkbox"/> その他
水 児 茶 真 郵																
令和 年 月 日																
課長	課長代理	係長/主任	係(審査)			台帳	入力	()								