

記入見本：本人申請の場合

枚方市 郵送物の送付先住所の変更申請書(新規・変更・解除)

チェック

のとおりに、郵便物の送付先住所の変更を申請します。(複数選択可)

チェックした制度の番号を記入

- ☐ 国民健康保険に関する郵便物
☐ 後期高齢者医療保険に関する郵便物
☐ 介護保険に関する郵便物

保険証番号 記号 枚国 番号()
被保険者番号
被保険者番号

↑被保険者(保険証)番号を記入してください

◆ 申請日 令和 ●年 11月 1日

◆ 申請者 ※本人確認書類が必要です。代理人申請の場合は委任状が必要です。必要書類については裏面参照

フリガナ	ヒラカタ ハナコ	対象者 との関係	本人
氏名	枚方 花子		
住所	〒 573 - 8880 枚方市大垣内町3丁目6番11号	0-XXXX-XXXX	

申請者情報を記入

◆ 送付先を変更する対象者(国民健康保険の場合は世帯主)

フリガナ		生年	年 月 日
氏名	☒ 申請者と同じ	申請者と同じ	
住所	〒 -	電話	

理由をチェック、記入してください

◆ 申請理由

☐ 成年後見人に就任したため ☐ 保佐人に就任したため ☒ その他()

・高齢のため書類の管理が難しいので、子の
自宅へ送付してほしい

・施設へ入所したので、施設へ送付してほしい
など

◆ 送付先の情報

☐ 送付先住所の設定を解除(住民票上の住所に送付)
☒ 送付先住所を設定・変更(下記に送付先住所を記入してください。※送付先が確認できる書類が必要です。)

チェック

送付先住所	☐ 申請者と同じ住所に送付 ☒ 下記住所に送付 〒 530 - 0004 大阪市北区梅田C	☐ 対象者と同じ ☐ 申請者と同じ ☒ その他 大阪 太郎
-------	---	--

送付先情報を記入

◆ 変更する期間

☒ 期間の指定なし ☐ 令和 年 月 日 から 令和 年 月 日まで

◆ 誓約事項・同意事項

☐ 申請者が本人の場合、提出物は3点

①枚方市 郵送物の送付先変更住所の変更申請書

②申請者(本人)の本人確認書類[コピー] ※有効期間内のものに限る

Aから1点またはBから2点(B欄から2点の場合、1点は必ずB1のもの)

A(顔写真付):マイナンバーカード、運転免許証、運転経歴証明書(交付年月日が平成24年4月1日以降)、パスポート、身体障害者手帳、精神障害者保健福祉手帳、療育手帳、住民基本台帳カード、在留カード、特別永住者証明書 等

B1:健康保険資格確認書または資格情報のお知らせ、介護保険証、年金手帳、生活保護受給者証、医療受給者証 等

B2:母子手帳(公印があるもの)、社員証、学生証、預金通帳、キャッシュカード、クレジットカード、診察券(印字されたもの) 等

③送付先住所が確認できる書類[コピー可]

例)送付先住所が記載されている書類1点(マイナンバーカード表面、運転免許証、郵送物宛名 等)

(送付先が施設の場合:入所証明書、入所時の契約書、施設住所記載のあるパンフレット 等1点)

要check!

判断した場合、本変更に係る取扱いを取消されても異議申
以内に、その旨を市長に届けます。

本申請を取消します。

医療、介護保険などの各担当部署)から照会があった場合

を取り消す場合があること。

署名します。

申請者名を記入

枚方 花子

用意ください。ほか、必要書類は裏面参照

※連携した日と担当を記入

他業務連携	国保	後期	介護
送戻有 送済 渡し済 置き	/	/	/

記入見本：代理人 (本人以外) 申請の場合

枚方市 郵送物の送付先住所の変更申請書(新規・変更・解除)

チェック

のとおりに、郵便物の送付先住所の変更を申請します。(複数選択可)

チェックした制度の番号を記入

- ☐ 国民健康保険に関する郵便物
☐ 後期高齢者医療保険に関する郵便物
☐ 介護保険に関する郵便物

保険証番号 記号 枚国 番号()
被保険者番号
被保険者番号

↑被保険者(保険証)番号を記入してください

◆ 申請日 令和 ●年 11月 1日

◆ 申請者 ※本人確認書類が必要です。代理人申請の場合は委任状が必要です。必要書類については裏面参照

フリガナ	オオサカ タロウ	対象者 との続柄	子
氏名	大阪 太郎		
住所	〒 530 - 000△ 大阪市北区梅田	申請者 (代理人) 情報を記入	〇〇-△△△△

◆ 送付先を変更する対象者(国民健康保険の場合は世帯主)

フリガナ	ヒロカタ ハナコ	生年 月日	昭和20年5月10日
氏名	☐ 申請者と同じ 枚方 花子		
住所	〒 573 - 8 枚方市大垣内町3丁目3番〇号	送付先を変更する方の情報を記入	×××-〇〇〇〇

◆ 申請理由

- ☐ 成年後見人に就任したため ☐ 保佐人に就任したため ☒ その他()

◆ 送付先の情報

- ☐ 送付先住所の設定を解除 (住民票上の住所に送付)
☒ 送付先住所を設定・変更 (下記に送付先住所を記入してください。※送付先が確認できる書類が必要です。)

送付先住所	☒ 申請者と同じ住所に送付 ☐ 下記住所に送付 〒 -	送付先情報を記入	☐ 対象者と同じ ☒ 申請者と同じ ☐ その他
-------	--	----------	---

◆ 変更する期間

- ☒ 期間の指定なし ☐ 令和 年 月 日 から 令和 年 月 日まで

◆ 誓約事項・同意事項

☐ 申請者が代理人 (本人以外) の場合、提出物は最大4点

①枚方市 郵送物の送付先変更住所の変更申請書

②委任内容に「送付先変更手続き」と記載がある委任状

③申請者 (代理人) の本人確認書類[コピー] ※有効期間内のものに限り

Aから1点またはBから2点 (B欄から2点の場合、1点は必ずB1のもの)

A (顔写真付) : マイナンバーカード、運転免許証、運転経歴証明書 (交付年月日が平成24年4月1日以降)、パスポート、身体障害者手帳、精神障害者保健福祉手帳、療育手帳、住民基本台帳カード、在留カード、特別永住者証明書 等

B1: 健康保険資格確認書または資格情報のお知らせ、介護保険証、年金手帳、生活保護受給者証、医療受給者証 等

B2: 母子手帳 (公印があるもの)、社員証、学生証、預金通帳、キャッシュカード、クレジットカード、診察券 (印字されたもの) 等

④送付先住所が確認できる書類[コピー可] ※申請者と同じ送付先であれば③と兼用可

例) 送付先住所が記載されている書類1点 (マイナンバーカード表面、運転免許証、郵送物宛名 等)

(送付先が施設の場合: 入所証明書、入所時の契約書、施設住所記載のあるパンフレット 等1点)

判断した場合、本変更に係る取扱いを取消されても異議申す
以内に、その旨を市長に届けます。

要check!

申出を取消します。

医療、介護保険などの各担当部署)から照会があった場合
を取り消す場合
署名します。

申請者 (代理人) 名を記入

大阪 太郎

用意ください。ほか、必要書類は裏面参照

※連携した日と担当を記入

送戻有
送済
渡し済
り置き

他 業務 連携	国保		
	後期	介護	
	/	/	/