

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)

チェックのとおり、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	

◆ 申請日 令和 〇年 〇月 〇日

↑被保険者(保険証)番号を記入してください

◆ 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	対象者との結婚	本人
氏名	枚方 花子		
住所	〒 573 - 8880 枚方市大垣内町3丁目1番1号		0-XXXX-0000

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、対象者は世帯主です)

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

申請者と同じ

◆ 申請理由(記入必須)

書類管理が難しいため、子の自宅に

具体的な理由を必ず記入してください

- ・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。）

送付先住所	<input type="checkbox"/> 申請者と同じ住所に送付 <input checked="" type="checkbox"/> 下記住所に送付 〒 530-000△ 大阪市北区梅田〇一〇一〇	送付先情報を記入	電話	090-0000-△△△△
宛名 (方書)	<input type="checkbox"/> 申請者と同じ <input type="checkbox"/> 施設（施設名 <input checked="" type="checkbox"/> その他（続柄 子 方書 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

◆ □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：施設名称及び施設住所が記載されている書類（施設のパンフレットやホームページ等））

要check!

上場合、本変更に係る取扱いを取消されても異議申し立ては行  
その旨を市長に届けます。

取消します。

護保険などの各担当部署）か

す場合があること。

す。（署名） 枚方 花子

申請者名を記入

意ください。ほか、必要書類は裏面参照

※BOXに入れた日と人(内部チェック担当)を記入

戻有 済 し済 置き	他業務連携	国保	後期	介護
	/	/	/	

# 枚方市 郵送物の送付先住所の変更申請書(新規・変更・途中変更)

チェックのとおり、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 〇年 〇月 〇日

◆ 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	〇〇〇-△△△△

◆ 送付先を変更する対象者（※国民健康保険の場合、対象者は世帯主です）

フリガナ	ヒラカタ ハナコ	送付先を変更する方の情報を記入	年 5 月 10 日
氏名	枚方 花子	国民健康保険	：世帯主
住所	〒 573 - 8 枚方市大垣内町 3丁目 3番 1 号	後期高齢者医療保険、介護保険	：被保険者 ×××-〇〇〇〇

◆ 申請理由（記入必須）

施設へ入所したので、施設へ送付し

理由を必ず記入してください

- ・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
- ・成年後見人に就任したため

など

◆ 送付先の情報

送付先住所	<input checked="" type="checkbox"/> 申請者と同じ住所に送付 <input type="checkbox"/> 下記住所に送付 〒 573-000△ 枚方市枚方元町〇一〇一〇	送付先情報を記入	072-〇〇〇-△△△△
宛名（方書）	<input type="checkbox"/> 申請者と同じ <input checked="" type="checkbox"/> 施設（施設名 くらわんこ 方書） <input type="checkbox"/> その他（続柄）		

◆ 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

◆ 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B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：施設名称及び施設住所が記載されている書類（施設のパンフレットやホームページ等）)

要check!

た場合、本変更に係る取扱いを取消されても異議申し立ては行

その旨を市長に届けます。

を取消します。

介護保険などの各担当部署）か

す場合があること。

す。  
(署名) 大阪 太郎

用意ください。ほか、必要書類は裏面参照

他業務連携	国保	後期	介護
	/	/	/
老健有			
まじめ			
置き			