

# 送付先設定申請書(新規・変更・取消)

令和 年 月 日

四国中央市長 様

- 下記の通り、今後の送付先について申請します。
- 後期高齢者医療保険の送付先設定に準じ、下記の通り申請します。(後期の申請書添付)

## ◆送付先を設定したい業務を選択してください

【全て】または【〇〇の全て】を選択した場合は、右記全てを選択されたものとみなします。

<input type="checkbox"/> 全て	<input type="checkbox"/> ①市税の全て	<input type="checkbox"/> 軽自動車 <input type="checkbox"/> 市県民税 <input type="checkbox"/> 固定資産税										
	<input type="checkbox"/> ②介護保険の全て	被保険者番号	0	0	0	0						
	<input type="checkbox"/> ③国民健康保険の全て	<input type="checkbox"/> 保険料 <input type="checkbox"/> 保険証 <input type="checkbox"/> 高額療養費 <input type="checkbox"/> 福祉医療										
		【被保険者証の記号番号】四国中央										
		設定期間: 年 月 ~ 年 月 (※希望する場合)										
選択不可(※)		後期高齢者医療		※後期高齢者医療保険の送付先設定は、別途手続きが必要です								

## ◆申請者(窓口に来た方)

<b>申請者</b>	住 所	<input type="checkbox"/> 四国中央市 〒 -										
	氏 名											
	電話番号	※日中連絡可能な電話番号						続柄・関係				
	申請の理由	<input type="checkbox"/> 施設入所 <input type="checkbox"/> 長期入院 <input type="checkbox"/> その他 ( )										

## ◆だれの

<b>対象者</b> <input type="checkbox"/> 申請者に同じ	住 所	<input type="checkbox"/> 四国中央市										
	氏 名	(男・女)										
	生年月日	年	月	日	電話 番号	- -						

◆どこへ送付 原則、【取消】又は【変更】の申請がない限り、下記送付先へ送付されます。

<b>今後の 送り先</b>	<input type="checkbox"/> 申請者宛て(申請者欄にある住所へ送付)											
	<input type="checkbox"/> 申請者以外(下記へ記入)											
	住 所	<input type="checkbox"/> 四国中央市 〒 -										
	氏 名											
電話番号	※日中連絡可能な電話番号						続柄・関係					

処理欄

確認	担当課送致					
	<input type="checkbox"/> 国保 <input type="checkbox"/> 税務 <input type="checkbox"/> 高齢介護					

本人 確認	<input type="checkbox"/> 運転免許証
	<input type="checkbox"/> パスポート
	<input type="checkbox"/> マイナンバーカード
	<input type="checkbox"/> 保険証
	<input type="checkbox"/> その他 ( )