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【○○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。

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| □全て | □ | **①市税の全て** | □軽自動車　□市県民税　□固定資産税 | | | | | | | | | | |
| □ | **②介護保険の全て** | 被保険者番号 | 0 | 0 | 0 | 0 |  |  |  |  |  |  |
| □ | **③国民健康保険の全て** | □保険料　□保険証　□高額療養費　□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）

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 申請者 | 住　　所 | □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 | □施設入所　□長期入院　□その他（　　　　　　　） | | |

◆だれの

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 対象者  □申請者に同じ | 住　　所 | □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。

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 今後の  送り先 | □申請者宛て（申請者欄にある住所へ送付）  □申請者以外（下記へ記入） | | | |
| 住　　所 | □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 |  |  |  |  |  | 本人確認 | □運転免許証  □パスポート  □ﾏｲﾅﾝﾊﾞｰｶｰﾄﾞ  □保険証  □その他（　　　） |
| □国保  □税務  □高齢介護 |  |  |  |  |  |