国民健康保険･後期高齢者医療保険･介護保険･町税等送付先申請書

受付印

松崎町長　様

|  |  |
| --- | --- |
| 登録事由 | □新規　　　□追加　　　□変更　　　□取消し |
| 国民健康保険 | □資格　 　　□賦課徴収 |
| 後期高齢者医療保険 | □資格管理　 □給付管理　　□賦課管理　　□徴収管理 |
| 介護保険 | □認定管理 □賦課徴収　　□給付管理　　□利用者減免 |
| 町税 | □町県民税　 □固定資産税　□軽自動車税　□法人町民税 |
| その他 |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 被保険者  (納税義務者) | 住所 |  | |
| フリガナ |  | |
| 氏名 |  | |
| 生年月日 | 年　　　月　　　日 | |
| 被保険者番号 | 国民健康保険 |  |
| 後期高齢者医療保険 |  |
| 介護保険 |  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 届出人 | 住所 | 〒 |
| フリガナ |  |
| 氏名 | （署名または記名押印） |
| 電話番号 |  |
| 被保険者との続柄 |  |
| **□ 送付先変更に伴う不利益は全て被保険者及び届出人の責任とし、松崎町に責任を問わないことを誓約します。** | |
| 送付先 | □ 届出人と同じ  □ 裏面あり　※送付先を２つ以上登録する場合は裏面に記載 | |
| 住所 | 〒 |
| フリガナ |  |
| 氏名 |  |
| 電話番号 |  |

（裏面）

送付先登録追加欄

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 登録事由 | | □新規　　　□追加　　　□変更　　　□取消し |
| 国民健康保険 | | □資格　　 　□賦課徴収 |
| 後期高齢者医療保険 | | □資格管理　 □給付管理　　□賦課管理　　□徴収管理 |
| 介護保険 | | □認定管理 □賦課徴収　　□給付管理　　□利用者減免 |
| 町税 | | □町県民税　 □固定資産税　□軽自動車税　□法人町民税 |
| その他 | |  |
| 送付先 | 住所 | 〒 |
| フリガナ |  |
| 氏名 |  |
| 電話番号 |  |

【添付書類】

　届出人が成年後見人･保佐人･補助人の場合には、成年後見人･保佐人･補助人と確認できる書類（登記事項証明のコピーなど）を添付してください。

【町処理欄】

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 確認書類 | １点 | □運転免許証　　　□マイナンバーカード　　　□障害者手帳  □その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） |
| ２点 | □資格確認書等　　□介護保険証  □その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） |



|  |  |
| --- | --- |
| 受付者 | 入力者 |
|  |  |