

送付先変更届出書（新規・変更・廃止）

令和 年 月 日

（あて先） 日 高 市 長

〒

（届出人）住 所 _____

フリガナ

氏 名 _____

電話番号 _____（ ）

被保険者との関係 _____

重度心身障がい者医療費に関する送付物の送付先について、下記のとおり届け出ます。
また、送付先変更に伴う不利益はすべて届出人の責任とし、日高市に責任を問わないことを誓約します。

（□について、チェック☑を入れてください。）

受 給 者	受給者番号			
	氏 名		生年月日	年 月 日
	住 所			
変更理由	☐ 受給者自身で郵便物を管理することが困難なため ☐ 病院や施設へ入院・入所しているため ☐ 一時的に居所を移しているため ☐ その他（ ）			
送 付 先	☐ 届出人が送付先		☐ 住民登録地に戻す	
	住 所	〒 —		
	氏 名	本人・本人以外 ()	被保険者との関係	
	電 話 番 号	()		

【必要書類】

- 委任状原本（届出人が受給者と別世帯の場合のみ）
- 送付先となる人の公的機関が発行した身分証明書の写し（運転免許証など）
- 届出人が成年後見人の場合は登記事項証明書の写し、施設職員の場合は社員証等の写しが併せて必要です。