

新城市 健康課 書類送付先〔 変更・変更解除 〕 申請書

氏 名				男 ・ 女
生年月日	大正 ・ 昭和 平成 ・ 令和	年	月	日
住 所	新城市			
送付先住所・方書	<input type="checkbox"/> 送付先変更を解除し、現住所に戻す。 〒 - 様方 郵便物受取人 <input type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> その他 ()			
連絡先 ※日中つながる電話番号	自宅・携帯・職場 () -			
申請理由	<input type="checkbox"/> 本人の居所が送付先住所のため <input type="checkbox"/> 入院・入所中のため (病院・施設名) <input type="checkbox"/> その他 []			

新城市長 様 令和 年 月 日

上記のとおり送付先の変更を申請します。送付先変更を申請するにあたり、以下のことを誓約します。

- ・ 申請内容に変更が生じた場合、すみやかに届出をします。
- ・ 送付先変更後の住所に郵便物が届かなくなった、又は連絡がとれなくなった場合は、新城市が適宜、送付先変更を解除することを了承します。
- ・ この申請に関するすべての責は申請者が負います。

変更事項 (☑を記入してください。)

健康課から発送する下記の送付物

- ・ 特定健康診査受診券 (新城市国民健康保険被保険者) または、後期高齢者健康診査受診券 (後期高齢者医療制度加入者)
- ・ 予防接種通知 (高齢者肺炎球菌、高齢者インフルエンザ、新型コロナウイルス)

申請者 (記入者)	住 所	<input type="checkbox"/> 送付先住所と同じ 〒 -		
	氏 名		本 人 との続柄	
	連絡先 ※日中つながる電話番号	<input type="checkbox"/> 送付先連絡先と同じ 自宅・携帯・職場 () -		

※健康課処理欄 本人確認書類添付 (申請者・本人の本人確認書類写しをそれぞれ添付すること)

記入者確認	運転免許証・パスポート・マイナンバーカード・在留カード・身体障害者手帳			
	健康保険証・年金手帳・年金証書・介護保険証・後見人等であることを証明するもの その他 ()			
受付担当者	健康かるて入力		解除確認日	