

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 | 年 月 日 |
| 現 住 所 | 〒 — | |
| 送付先住所 | <input type="checkbox"/> 送付先変更を解除し、現住所に戻す。 〒 — | |
| 方 書 | | |
| 郵便物受取人 | | |
| 連絡先電話番号 | 自宅・携帯・職場 () — | |
| 申 請 理 由 | | |

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（該当するものにを記入）

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

新城市長 様

令和 年 月 日

申請者
(記入者)

住 所

氏 名

⑩

本人との続柄

電 話

※処理欄

| | | | | |
|-------|---|--|--|-------|
| 記入者確認 | 運転免許証・パスポート・住基カード(写真有り)・外国人登録証明書・身体障害者手帳 その他() | | | |
| | 保険証・年金手帳・年金証書・介護保険証・住基カード(写真無し)・雇用保険受給者証 キャッシュカード・預金通帳・クレジットカード・社員証 後見人等であることを証明するもの その他() | | | |
| 受付担当者 | | | | 解除確認日 |

変更事項について

- 特定健康診査受診券（新城市国民健康保険被保険者）
新城市国民健康保険被保険者証・受診券・問診票を持参し委託医療機関で受診
委託医療機関は新城市内医療機関（新城市民病院は除く）
- 後期高齢者健康診査受診券（後期高齢者医療制度加入者）
後期高齢者医療被保険者証・受診券・問診票を持参し委託医療機関で受診
委託医療機関は新城市内医療機関（新城市民病院は除く）
- 高齢者肺炎球菌ワクチン予防接種通知
予診票を持参し委託医療機関で接種
- 高齢者インフルエンザ予防接種通知
新城市住民であることが確認できるものを持参し委託医療機関で接種
- その他