

成年被後見人または被保佐人の資格確認書等の送付先にかかる申出書

盛岡市国民健康保険の被保険者である次の者について、成年被後見人（または被保佐人）であることから、次のとおり申出します。

1. 被保険者および成年被後見人（または保佐人）はそれぞれ次のとおりです。また、根拠書類を別紙のとおり提出します。

項目	被保険者	成年被後見人（または保佐人）
氏名		
住所および電話番号	〒 — 電話 — —	〒 — 電話 — —
記号番号	—	
世帯主との続柄		

2. 国民健康保険にかかる通知等の送付先について、次のとおり希望します。

送付書類	送付先の変更（○か×を記入）		盛岡市使用欄 (変更の可否)
	送付先を変更しない	成年被後見人・保佐人へ 送付を希望する	
資格確認書および 資格情報のお知らせ			
納税通知書			
医療費通知、療養費通知お よびジェネリック医薬品に 関するお知らせ	<input type="checkbox"/> 送付希望 <input type="checkbox"/> 送付不要		
その他の関係書類			

（裏面も必ず確認してください）

3. 下記事項に【 同意します ・ 同意しません 】

- ・ 申出には成年後見人（または保佐人）であることがわかる資料（登記事項の写し等）を必ず添付すること。
- ・ 次のような場合にはすみやかに盛岡市へ連絡し、新たに申出書を提出すること。
 - 1 被保険者の住所、氏名、世帯構成等に変更が生じたとき。
 - 2 成年後見人（または保佐人）の住所、氏名、連絡先等に変更が生じたとき。
 - 3 申出者が成年後見人（または保佐人）ではなくなり、別の者が新たに成年後見人（または保佐人）となったとき。
 - 4 そのほか、盛岡市に対する申出内容に変更が生じたとき。

※被保険者及び成年後見人（または保佐人）の登記事項について、国民健康保険の運営上必要が生じた際には、盛岡市が関係機関等に対して調査照会を行う場合があります。

※同意いただけない場合、通知等の送付先を変更することはできません。

令和 年 月 日

申出者 _____ ⑩

盛岡市長 様

【留意事項】

- ・ この申出書は盛岡市の国民健康保険業務においてのみ有効です。
- ・ 送付先変更を希望しない場合、国民健康保険にかかる書類は、原則として世帯主あてに送付します。
- ・ 世帯構成等の理由により、送付先の変更を認められない場合があります。