特定健診・健康診査に関する送付先変更届出書

令和　　年　　月　　日

届出の内容		□　送付先の変更　　□　送付先の解除（住民票上の住所へ戻す）		
対象者	住民票上の住所			
	フリガナ			
	氏名			
	生年月日	大正・昭和・平成 年　　月　　日	連絡先 (電話番号)	（　　）
送付先	住所	〒　　－		
		【方書】		
	フリガナ			
	氏名			
	連絡先	（　　）		
変更理由	□　親族のもとへ一時的に居住を移しているため □　施設入所のため　施設名： 施設住所： □　対象者が自身で郵便物を管理できないため □　その他（　　）			

※代理のかたが申請する場合は以下も記入してください。本人が申請する場合は不要です。

代理人	住所			
	フリガナ			
	氏名			
	生年月日	大正・昭和・平成　　年　　月　　日		
	連絡先	（　　）	対象者との続柄	

申請に当たり、次のことに注意してください。

・この届出により送付先変更ができるのは特定健診課からの文書のみです。

・本届出に伴い不利益が生じた場合は届出人の責任となります。

※以下は記入しないでください

受付方法　□　窓口　　□　郵送

資料確認　□　被保険者証（対象者）　□　送付先住所確認

□　本人確認　マイナンバーカード（表面）、運転免許証、パスポート、被保険者証、年金手帳

その他（　　）

□　支援措置

確認	入力	受付