

浦添市国民健康保険税・給付に関する通知等送付先変更届出書

令和 年 月 日

浦添市国民健康保険税・給付に関する通知等の送付先について次の通り変更申請します。

* 該当するものに☑を入れてください。

保険税 給付(納税義務者との関係が成年後見人又は保佐人のみ可能)

対 象 帳 票		00 共通 01 通知書 02 納付書 03 督促状 04 催告状 05 給付に関するもの			
納 税 義 務 者	記 号 番 号		電 話 番 号		
	氏 名				
	住 所				
	生 年 月 日	M・T・S・H	年	月	日
申 請 者	ふ り が な				
	氏 名				
	住 所				
	電 話 番 号				
	納 税 義 務 者 と の 関 係				
送 付 先 変 更 を 希 望 す る 理 由					

送 付 先	ふ り が な				
	氏 名				
	住 所				
	電 話 番 号				
	登 録 期 限	令和	年	月	日

- ※ 送付先への郵送は、上記期限までとします。
- ※ 期限は申請日から起算して最長1年です。記入がない場合、期限を1年として扱います。
ただし、納税義務者との関係が成年後見人又は保佐人である場合は登録期限はなしとします。
- ※ 保険税の送付先変更申請を納税義務者以外の方がする場合は、委任状の添付が必要となります。
(納税義務者欄が自署又は記名押印の場合を除く。)
- ※ 関係者の送付を希望する事実が無くなった等申請内容に変更が生じた場合は
速やかに届け出てください。

注意) 上記申請に関して行政手続上不備が生じるようであれば送付先変更は取り消しとなり、納税義務者に送付します。

決 裁						
課 長	係 長	賦課担当	係長	給付担当	地区担当	受付