特定健診・健康診査に関する送付先変更届出書

送付先届出内容	☐ 変更 ☐ 解除（住民票の住所へ戻す）	届出年月日	年　月　日

対象者	フリガナ		生年月日	大正・昭和・平成 年　月　日
	氏　名			
	住　所 （住民票の住所）	〒		
			電話番号	
送付先	住　所 （変更後の住所）	〒 【方書】		
			電話番号	
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。

届出人	フリガナ			生年月日	大正・昭和・平成 年　月　日
	氏名				
	住所	〒			
		対象者との続柄		電話番号	

※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、市記入欄

特送 No.		受付方法	☐ 窓口　：☐ 郵送	宛名番号								
確認方法（対象者）	（１点で可） ☐ 運転免許証 ☐ マイナ ☐	（２点以上） ☐ 年金手帳 ☐ 介護保険証 ☐		確認方法（代理人）	（１点で可） ☐ 運転免許証 ☐ マイナ ☐	（２点以上） ☐ 年金手帳 ☐ 介護保険証 ☐						
その他	☐ 送付先住所（写し）　☐ 支援措置			確認	入力	受付	収受印					
特記事項												

※確認に必要な書類に関しての詳細についてはマニュアルを参照すること。