

国民健康保険 送付先変更等申請書

中津市長 あて

次の理由により、国民健康保険係が発送する書類について送付先の変更を申請します。

【申請者】 令和 年 月 日

住所	〒 -		
氏名		電話番号	- -
世帯主との関係	本人・その他 ()	身分確認 <small>(郵送の場合はコピーを添付)</small>	免許・住基カード・その他 番号 ()

▲上記の者へ送付先変更手続きを委任します。

【世帯主】※申請者が世帯主の場合は記入不要

国保番号			
住所	〒 -		
氏名		印	電話番号 - -

次の理由により、送付先の変更を申請いたします。

<input type="checkbox"/> 上記申請者に送付先を設定する場合は、左の□にレ点を入れてください。(送付先記入不要)			
送付先	送付先住所	〒 -	
	方書・アパート名		
	氏名		電話番号 - -
変更事項	<input type="checkbox"/> 資格管理(資格確認書・資格情報のお知らせ・限度額適用認定証・給付関係通知・医療費通知) <input type="checkbox"/> 賦課管理(納税通知書)		
変更理由	<input type="checkbox"/> 長期入院中のため <input type="checkbox"/> 短期入院中のため(今回限り) <input type="checkbox"/> 引越しのため <input type="checkbox"/> その他 ()		

送付先の変更を解除いたします。

変更事項	<input type="checkbox"/> 資格管理(資格確認書・資格情報のお知らせ・限度額適用認定証) <input type="checkbox"/> 賦課管理(納税通知書)
------	---

※ 今回届出される送付先の設定を変更または解除する場合は、再度送付先変更等の届出書の提出をお願いいたします。

受 付