

# 国民健康保険 送付先変更申請書

|                               |                                                             |  |  |
|-------------------------------|-------------------------------------------------------------|--|--|
| 被 保 険 者 記 号 番 号               | 山12      60      —      —                                   |  |  |
| 世      帯      主      氏      名 | 明 ・ 大 ・ 昭      ・ 平<br>年      月      日 生                     |  |  |
| 受      取      方      法        | 1. 送付先      2. 窓口受取      3. その他 (      )                    |  |  |
| 送      付      先               | 住      所      〒      —                                      |  |  |
|                               | 氏      名      様      方                                      |  |  |
|                               | 電話番号 (      )      —                                        |  |  |
|                               | 世帯主との関係(続柄等)                                                |  |  |
| 変      更      期      間        | 令和      年      月      日      ~      令和      年      月      日 |  |  |
| 申      請      理      由        |                                                             |  |  |

上記のとおり送付先の変更を申請します。

( 宛 先 ) 柳 井 市 長

令和      年      月      日

届出者 住 所

氏 名

世帯主との関係(続柄等)

電話番号 ( ) -

## 注意事項

1. 申請の際は、届出者の本人確認ができるものがが必要です。
2. 送付先の変更は、世帯単位となります。個人一人だけの変更はできません。
3. 申請内容に変更のある場合には、再度届け出が必要となります。