国民健康保険被保険者証等の送付先変更申請書

令和　　年　　月　　日

新 見 市 長　　殿

申請人　　住　所 ＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

フリガナ
氏　名 ＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿ 印

（電　話　　）

世帯主との続柄（　　）

世帯主　　住　所 ＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

フリガナ
氏　名 ＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿ 印

（電　話　　）

国民健康保険に係る一切の書類について、以下のとおり送付先の変更を申請します。

申請内容	□新規設定　□変更　□解除	
国保記号番号	岡１０－	
変更後の宛先	〒　　都道府県　　市区町村	
フリガナ		世帯主との続柄
氏名		
電話		１　自宅　２　勤務先 ３　携帯　４（　　）
変更理由	□入院のため　□施設入所のため □家庭の事情のため　□必要なくなったため □その他　（　　）	
変更期限	令和　　年　　月　　日　から	□次回申請時まで □期限なし
備考		

※注意事項

・申請には、申請人の身分証明書（運転免許証、保険証等）が必要です。

・同一世帯の国民健康保険加入者全員の保険証の送付先を変更することとなります。

・送付先変更の必要がなくなった場合や、さらに送付先を変更する場合は再度申請が必要です。

本人確認	書類名	免・パ・住・保・介
	番号	