

# 送付先変更願

被保険者番号 \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_

被保険者氏名 \_\_\_\_\_

下記の書類について、送付先を変更願います。

- 国民健康保険 被保険者証
- 国民健康保険 保険税納付書
- その他国民健康保険に関する書類

送付先 \_\_\_\_\_ 〒 \_\_\_\_\_

住所 \_\_\_\_\_

フリガナ氏名 \_\_\_\_\_ 続柄 \_\_\_\_\_

電話番号 \_\_\_\_\_

令和 年 月 日

申請者 \_\_\_\_\_ 〒 \_\_\_\_\_

住所 \_\_\_\_\_

氏名 \_\_\_\_\_ 続柄 \_\_\_\_\_

電話番号 \_\_\_\_\_

※郵送の場合は、本人確認書類のコピーも必要となります