

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