

## 国民健康保険 送付先変更申請書

申請者	氏名		本人との関係	
	住所			
	電話番号			

被保険者	被保険者 記号・番号						
	フリガナ					性別	男・女
	氏名						
	生年月日	昭和・平成・令和	年	月	日		
	住所	菰野町					
変更理由	<input type="checkbox"/> 施設入所のため <input type="checkbox"/> 入院のため <input type="checkbox"/> その他 ( )						
変更期間	申請日より <input type="checkbox"/> 申し出があるまで <input type="checkbox"/> 年 月 日まで						
送付先住所	〒 ( ) 様方						
菰野町長  上記のとおり、国民健康保険に関する通知等の送付先の変更を申請します。  申請日 年 月 日  申請者 _____							

### 本人確認

- 運転免許証    通帳  
個人番号カード    資格確認書等  
年金手帳（基礎年金番号通知書）  
その他 ( )