

国民健康保険 送付先変更申請書

| | | | | |
|-----|------|---------------|--------|---|
| 申請者 | 氏名 | 菰野 太郎 | 本人との関係 | 子 |
| | 住所 | 菰野町大字菰野〇〇〇〇番地 | | |
| | 電話番号 | 059-000-XXXX | | |

| | | | | | | | | |
|------------------------------------|---|-----------------|----|---|----|----|-----|---|
| 被保険者 | 被保険者記号・番号 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | |
| | フリガナ | コモ/ イチロウ | | | | 性別 | 男 女 | |
| | 氏名 | 菰野 一郎 | | | | | | |
| | 生年月日 | 昭和・平成・令和 | 〇〇 | 年 | 〇〇 | 月 | 〇〇 | 日 |
| | 住所 | 菰野町大字潤田 1250 番地 | | | | | | |
| 変更理由 | <input checked="" 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 checked="" type="checkbox"/> 申し出があるまで <input type="checkbox"/> 年 月 日まで | | | | | | | |
| 送付先住所 | 〒510-0000 菰野町大字菰野〇〇〇〇番地 (〇〇 〇〇) 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 令和〇〇年〇〇月〇〇日 | | | | | | | | |
| 申請者 菰野 太郎 | | | | | | | | |

| |
|---|
| 本人確認 |
| <input type="checkbox"/> 運転免許証 <input type="checkbox"/> 通帳 <input type="checkbox"/> 個人番号カード <input type="checkbox"/> 資格確認書等 <input type="checkbox"/> 年金手帳 (基礎年金番号通知書) <input type="checkbox"/> その他 () |