

国民健康保険関係通知送付先届出書

令和 年 月 日

【受付方法】 窓口・郵送 【区分】 新規・変更・廃止

【納付義務者】

住 所 _____

氏 名 _____

【届出者】

氏 名 _____ (続柄: _____)

住 所 _____

電 話 _____

【送付先】

郵便番号 _____

住 所 _____

方 書 _____

電 話 _____

【送付先変更理由(該当するものに○)】

施設入所 ・ 入院 ・ 文書管理困難 ・ 一時的な居所の変更
その他(_____)

国民健康保険関係通知については、上記の送付先へ送付してください。

変更が生じたときは必ず届け出ます。届出がない場合は解除されてもかまいません。

注意:変更がない場合でも、送付先住所の管理上、登録を解除する場合があります。

【職員記入欄: 本人確認】 免許証 マイナンバーカード パスポート 障害者手帳 在留カード その他 (_____)

* 2点確認 健康保険証 介護保険証 福祉医療受給者証 通帳 キャッシュカード その他 (_____)

【オンライン送付先更新】

処理年月日 _____ 年 _____ 月 _____ 日

処理担当者 _____

【収納支援システム送付先更新】

処理年月日 _____ 年 _____ 月 _____ 日

処理担当者 _____

国保番号		住民番号	
------	--	------	--