国民健康保険資格確認書等の送付先変更届出書
（　新規　・　変更　・　廃止　）

被保険者番号							

世帯主名	ふりがな		生年月日	明・大・昭・平 ・　・	性別	男・女
	氏　名					
	住　所					
送付先	ふりがな		連絡先電話番号			
	氏　名 （あて名）					
	住　所	〒 方				
送付先変更の理由 （具体的にご記入ください）						
対象書類	□資格確認書、資格情報のお知らせ □その他帳票 ・基準収入額適用申請のお知らせ等 ・保険税額決定通知書、簡易申告書、納付書、保険税納付額確認書等 ・高額医療費申請書、支給決定通知等					
対象期間	令和　　年　　月　　日　～　令和　　年　　月　　日					
	□対象期間の設定がない場合、取り消し等の申請があるまで送付先設定を継続します。					

市区町村長　様

（届出日）

上記のとおり届出いたします。　　令和　　年　　月　　日

（届出人）　氏　　名＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿　世帯主との続柄＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

住　　所＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿　連絡先電話番号＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

※届出人の方の本人確認書類のコピーを添付してください。

本人確認書類	□マイナンバーカード　□免許証　□旅券　□その他（　　）			
		AD 入力	確認	収受印
		EX 入力	確認	

（R6.12.版）