

国民健康保険 送付先住所 指定・変更 申請書

申請区分	新規・変更・削除
------	----------

※太枠の中を記入してください。

□をチェックしてください	内 容	送 付 先		指定期間
<input type="checkbox"/>	保険証 医療費通知 ① 国民健康保険被保険者証 ② 高齢受給者証 ③ 国民健康保険の医療費通知	住所	〒	年 月 日 ～ 年 月 日
		フリガナ	TEL	
<input type="checkbox"/>	保険税 納付書 ① 当初(7月) ② 更正(変更届の翌月) ③ それぞれの納付書 ④ 仮徴収額決定(変更)通知書	住所	〒	年 月 日 ～ 年 月 日
		フリガナ	TEL	
<input type="checkbox"/>	国保 給付 ① 高額療養費支給申請書 ② 高額療養費口座振替通知書 ③ 限度額適用・標準負担額減額認定証 ④ 特定疾病療養受療証 等	住所	〒	年 月 日 ～ 年 月 日
		フリガナ	TEL	
<input type="checkbox"/>	解 除	令和 年 月 日付け以降の通知は、住所地へ送付してください。		
理 由				
福 井 市 長 様 上記のとおり送付先を登録(変更・抹消)します。 令和 年 月 日 申 請 者 住所 _____ (世帯主) 氏名 _____ 印 電話番号(_____) 代 理 人 住所 _____ 氏名 _____ 印 申請者との続柄(_____)				

- (注意) ・この申請書は、世帯主、送付先名義人と十分話し合ったうえで提出してください。
 ・この申請は、送付先住所の変更で、世帯主、納税義務者、申請者を変更するものではありません。
 ・この申請書の提出にかかわらず、住民票住所が本来の住所地になります。
 ・下記の場合、指定先を解除し、住民基本台帳に記載されている住所地へ送付する場合があります。
 1 住所地の変更、死亡などにより指定先へ送付できなくなった場合
 2 退院や転院、住所地の異動などにより指定先へ送付する必要がない、または適当ではない場合
 ・送付先の指定または変更に伴う不利益は、全て被保険者及び届出人の責任とします。

備 考	申請者確認	受 付	入力(資格)	入力(税)	入力(国保給付)
	未 ・ 確 □運免 □住基カード □その他()				