

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。

<input type="checkbox"/> をチェックしてください	内 容	送 付 先		指定期間
<input type="checkbox"/>	資格確認書 資格情報のお知らせ 医療費通知	住所 〒 フリガナ 宛名	TEL	年 月 日 ～ 年 月 日
<input type="checkbox"/>	保険税 納付書	住所 〒 フリガナ 宛名	TEL	年 月 日 ～ 年 月 日
<input type="checkbox"/>	国保 給付	住所 〒 フリガナ 宛名	TEL	年 月 日 ～ 年 月 日

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 _____

電話番号(_____)

代 理 人 住所 _____

氏名 _____

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。
 ・下記の場合等は、住民基本台帳に記載されている住所地等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 <input type="checkbox"/> 運免 <input type="checkbox"/> マイナンバーカード <input type="checkbox"/> その他()				