

**国民健康保険 送付先 変更
変更解除 申請書**

被保険者記号番号			
世帯主氏名			
生年月日	明治 大正 昭和 平成	年	月
現住所	〒 —		
送付先住所	<input type="checkbox"/> 送付先変更を解除し、現住所に戻す。 〒 —		
方書			
郵便物受取人			
連絡先電話番号	自宅・携帯・職場 () —		
申請理由			

上記のとおり送付先の変更を申請します。

送付先変更を申請するにあたり、以下のことを誓約します。

- 1 申請内容に変更が生じた場合、速やかに届出をします。
- 2 送付先変更後の住所に郵便物が届かなくなったり、又は連絡がとれなくなった場合は、扶桑町が適宜、送付先変更を解除することを了承します。
- 3 この申請に関する全ての責めは、申請者により負います。

扶桑町 様

年 月 日

申請者
 (記入者) _____ 住 所
 氏 名
 被保険者との続柄
 電 話

※処理欄

記入者確認	個人番号カード・運転免許証・日本国旅券(パスポート)・在留カード・特別永住者証明書 身体障害者手帳・その他()				
	健康保険資格確認書・年金手帳(基礎年金番号通知書)・年金証書・介護保険被保険者証・生活保護受給証明書・雇用保険受給資格者証・キャッシュカード・預金通帳・クレジットカード・社員証・その他()				
受付担当者		入力日		解除入力日	