

年 月 日

住 所

届 出 者

( 記入された方 ) 氏 名

被保険者との続柄 ( )

電話番号 - -

### 送付先変更届出書

国民健康保険からの送付物について、下記のとおり送付先の変更を届出ます。

フリガナ			保険証番号	
被保険者氏名				
生 年 月 日	年 月 日	性 別	男 ・ 女	
設 定 す る 帳 票	<input type="checkbox"/> 全て <input type="checkbox"/> 保険証 <input type="checkbox"/> 医療費通知 <input type="checkbox"/> 高額療養費			
有効期限を指定する場合	年 月 日まで			
変更前送付先住所	〒 - 電話番号： - -			
変更後送付先住所 (施設の場合は施設名まで)	〒 - 電話番号： - -			
変更後送付先住所の 受取人			変更する方 との続柄	
理 由				
配 布 方 法	郵送 ・ 預かり ・ 他 ( )			

※委任状を添付される場合、届出者は代理人になります。

※この届出後は、変更後の住所に送付されますので、変更した送付先を更に変更される場合は、再度送付先変更の届出が必要になります。