

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 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	☐ 全て ☐ 資格情報のお知らせ・資格確認書 ☐ 医療費通知 ☐ 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。