

国民健康保険 送付先変更申請書

被保険者証番号		申請区分	新規 ・ 変更 ・ 解除
フリガナ		生年月日	年 月 日
世帯主氏名			
住 所	常滑市		
送付先住所 (方書まで詳しく)	〒 ー		
フリガナ		世帯主 との続柄	
送付先氏名			
連絡先電話番号	自宅 ・ 携帯 ・ 職場 () ー		
申 請 理 由			
添 付 書 類	①届出者の本人確認ができるもの (個人番号カード、免許証、パスポートなどの写し) ②送付先住所が確認できるもの ③届出者が代理人の場合は委任状 なお、届出者が後見人、保佐人、補助人の場合は証明書(写し可)		

※※処理欄※※ 登録の必要がない業務は斜線「/」を引くこと。

登録業務	国民健康保険	高額療養費	国保療養費	国民健康保険給付	高額介護合算
処理日					

常 滑 市 長 様

国民健康保険に関する通知等(国民健康保険税関係通知を除く)の送付先の変更について、上記のとおり申請します。なお、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。

- ・世帯主の国保資格の有無に係わらず、同世帯の被保険者(国保加入者)に対する通知等は、すべて世帯主宛に送付されることを了承します。
- ・申請内容に変更が生じた場合、すみやかに届出をします。
- ・送付先住所に郵便物が届かなくなった、又は連絡がとれなくなった場合は、常滑市が適宜、送付先変更を解除することを了承します。
- ・この申請に関するすべての責は世帯主及び届出者により負います。

令和 年 月 日

届出者 住 所 _____

氏 名 _____

電 話 () _____

世帯主との関係 本人 ・ 同一世帯員 ・ 代理人 _____