

国民健康保険書類送付先変更（適用終了）届出書

大鰐町長 殿

次のとおり届け出ます。

		届出年月日	年 月 日
届出者氏名		被保険者との関係	
届出者住所	〒 電話		

※届出者が被保険者本人の場合は、届出者住所欄の記載は不要です。

届出区分	1 変更 2 適用終了
------	----------------

被 保 険 者	被保険者番号	0 0					
	フリガナ					性別	生 年 月 日
	氏 名					男・女	昭・平 年 月 日
	住民票の住所	〒					電話

送付先住所	〒 様方 電話
送付先宛名	

送付される書類	1 国民健康保険税に関するもの 2 国民健康保険証など資格に関するもの
変更する理由 (番号に○をつける)	1 住民票上の住所地と現住所が異なるため 2 出稼ぎのため 3 一般病院入院中のため 4 文書管理をできないため 5 その他 ()

入力	確認