

国民健康保険被保険者証送付先変更等申請書

中津市長 あて

令和 年 月 日

| | | | | |
|---------|-----------|--|-----|-----|
| 申 請 者 | 住 所 | 〒 — | | |
| | 氏 名 | (印) | TEL | — — |
| 世帯主との関係 | 本人・その他() | 身分確認 免許・住基カード・その他 (郵送の場合はコピーを添付) | 番号 | |

▲上記の者へ送付先変更手続きを委任します。

| | | | | |
|--|-----|-----|-----|-----|
| 世 帯 主 <small>(申請者が世帯主の 場合は記入不要)</small> | 住 所 | 〒 — | | |
| | 氏 名 | (印) | TEL | — — |

国保番号()

次の理由により、送付先の変更を申請いたします。

| | | | | |
|--------------------|--|--|--|--|
| 送付先住所 | 〒 — | | | |
| 方 書 ・ ア パ ー ト 名 | () 様方) | | | |
| 変 更 事 項 | <input type="checkbox"/> 国民健康保険者証 <input type="checkbox"/> 限度額適用認定証 <input type="checkbox"/> 納税通知書 <input type="checkbox"/> その他() | | | |
| 変 更 理 由 | <input type="checkbox"/> 長期入院中のため <input type="checkbox"/> 短期入院中のため(今回限り) <input type="checkbox"/> 引越しのため <input type="checkbox"/> その他() | | | |

送付先の変更を解除いたします。

| | | | | |
|---------|---|--|--|--|
| 変 更 事 項 | <input type="checkbox"/> 国民健康保険者証 <input type="checkbox"/> 限度額適用認定証 <input type="checkbox"/> 納税通知書 <input type="checkbox"/> その他() | | | |
|---------|---|--|--|--|

受 付

| |
|--|
| |
|--|