

- 身元確認済（個・免・保（ ））
 代理権確認済（ ）

国民健康保険資格確認書等 送付先変更届

香美町長 様

令和 年 月 日

下記のとおり国民健康保険関係書類の送付先の変更を届出します。

| 登録内容 | | <input type="checkbox"/> 新規 | <input type="checkbox"/> 変更 | <input type="checkbox"/> 解除 |
|------|----|-----------------------------|---|-----------------------------|
| 申請者 | 住所 | 〒 | | |
| | 氏名 | 世帯主との続柄 | <input type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> その他（ ） | |
| | | 電話番号 | | |
| 世帯主 | 住所 | 〒 | | |
| | 氏名 | 被保険者番号 | | |
| | | 生年月日 | 昭・平・令 年 月 日 | |
| | 続柄 | | | |

送付先(新規・変更)

| | | | | |
|--------|--|------|--|--|
| 送付先 | 住所 | 〒 | | |
| | 宛名 | 電話番号 | | |
| | | 続柄 | | |
| 変更するもの | ※必要なものに✓をつけてください <input type="checkbox"/> 健康課(国民健康保険)より発送するものすべて <input type="checkbox"/> 資格確認書等 各種証関係のみ <input type="checkbox"/> 高額療養費申請書等 各種申請書のみ <input type="checkbox"/> その他（ ） | | | |
| 理由 | <input type="checkbox"/> 一時的に住所地を離れているため <input type="checkbox"/> 入院中、入所中のため <input type="checkbox"/> その他（ ） | | | |
| 変更期限 | <input type="checkbox"/> 申請を解除するまで <input type="checkbox"/> その他（ ） | | | |

- ※ 郵送の場合は、申請者の身分証明書の写しを添付してください。(マイナンバーカード・運転免許証等)
※ 世帯主と申請者が別世帯の場合は委任状が必要になります。
※ 送付先を元の住所に戻す場合は必ずご連絡ください。