

国民健康保険関連通知等送付先変更申請書

年 月 日

羽 咋 市 長 宛

| | | | | | | | |
|----------------------------|------------------|--------------------|----|-------------|---|---|---|
| 送付先 変更の 対象者 (世帯主) | フリガナ | | 生年 | 明大 昭平 | 年 | 月 | 日 |
| | 氏名 | | 月日 | | | | |
| | 国保記号番号 | — | 区分 | 普通世帯主・擬制世帯主 | | | |
| | 住所 | 〒 — 石川県羽咋市 町 番地 | | | | | |
| | 方書 (アパート・施設名) | | | | | | |
| 電話番号 | () — | | | | | | |

| | | | | |
|-------------|------------------|-----|------|--|
| 変更後の 送付先 | フリガナ | | 対象者 | |
| | 宛名氏名 | | との続柄 | |
| | 住所 | 〒 — | | |
| | 方書 (アパート・施設名) | | | |
| | 宛名方書 (〇〇様分等) | | | |
| 電話番号 | () — | | | |
| 備考 | | | | |

| | | |
|---------------|---------------------------------|--|
| 変更対象 (□に✓) | <input type="checkbox"/> 被保険者証等 | <input type="checkbox"/> 保険税額決定通知、納付書等 |
|---------------|---------------------------------|--|

上記のとおり、国民健康保険に関する諸通知の送付先の変更を申請いたします。
なお、この内容に変更があった場合は、直ちに届け出いたします。

【申請者】 住所

フリガナ

氏名

電話番号
(連絡先)

() —

〔対象者 :
との続柄〕

| | |
|----|--------------|
| 受付 | 市民窓口課 税務課 |
|----|--------------|

※ 申請の際には、身元確認のため免許証等の提示をお願いいたします。

| | |
|------|------------------------|
| 本人確認 | 免許証・保険証・カード その他 () |
|------|------------------------|