

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 ()
----------	------------------------