

国民健康保険関係書類送付先変更申請書

|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |        |            |                 |  |  |                    |  |  |  |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------|------------|-----------------|--|--|--------------------|--|--|--|
| 送付先変更を<br>希 望 す る<br>被 保 険 者                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     | 被保険者番号 |            |                 |  |  |                    |  |  |  |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  | 住 所    |            |                 |  |  |                    |  |  |  |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  | 氏 名    |            |                 |  |  |                    |  |  |  |
| 送 付 先                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            | 住 所    | 〒 ー        |                 |  |  |                    |  |  |  |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |        | 電話番号 ( ) ー |                 |  |  |                    |  |  |  |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  | 氏 名    | 様方         |                 |  |  | 被保険者との<br>関係 (続柄等) |  |  |  |
| 申請理由                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |        |            |                 |  |  |                    |  |  |  |
| <p>上記のとおり送付先の変更を申請します。<br/>なお、申請内容に変更のある場合には、必ず届け出をします。</p> <p>送付先の変更を希望する書類 (希望のものにレ点を付けてください)</p> <p><input type="checkbox"/> 被保険者証、限度額適用・標準負担額減額認定証</p> <p><input type="checkbox"/> 保険料に関する通知 ほか</p> <p><input type="checkbox"/> 医療費通知、高額療養費などの支給決定通知 ほか</p> <p><input type="checkbox"/> その他 ( )</p> <p>年 月 日</p> <p>【申請者】 住 所</p> <p>氏 名</p> <p>被保険者との続柄</p> <p>電話番号 ( ) ー</p> <p>長門市長 様</p> |        |            |                 |  |  |                    |  |  |  |
| 受付者                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |        | 本人確認書類     | 免許証・保険証・その他 ( ) |  |  |                    |  |  |  |