

# 国民健康保険関係書類送付先変更申請書

<b>被保険者の情報を記入してください</b>									
送付先変更を希望する被保険者	被保険者番号	0	1	2	3	4	5	6	7
	住所	長門市東深川1339番地2							
	氏名	保険 太郎							
送付先	住所	〒 759 - 4192 山口県長門市東深川1234番地							
	電話番号	電話番号 ( 0837 ) 23 - 1130							
	氏名	国保 花子 様方	被保険者との関係(続柄等)				姉		
申請理由	被保険者本人が入院中であり、保険証等の管理を姉が行うため								
<p>上記のとおり送付先の変更を申請します。          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> <ul style="list-style-type: none"> <li><input checked="" type="checkbox"/> 被保険者証、限度額適用・標準負担額減額認定証</li> <li><input checked="" type="checkbox"/> 保険料に関する通知 ほか</li> <li><input type="checkbox"/> 医療費通知、高額療養費などの支給決定通知 ほか</li> <li><input type="checkbox"/> その他 [ ]</li> </ul> <p style="text-align: center;">年 月 日</p> <p>【申請者】 住所 長門市東深川1111番地          氏名 国保 花子          被保険者との続柄 姉          電話番号 ( 0837 ) 23 - 1130</p> <p>長門市長 様</p>									
受付者			本人確認書類		<div style="border: 1px solid black; padding: 2px; display: inline-block;">             申請者の住所・氏名・続柄・連絡先を記入してください           </div> <div style="border: 1px solid black; padding: 2px; display: inline-block;">             申請者の身元を確認できる書類を提示させてください           </div> <input type="checkbox"/> 免許証 <input type="checkbox"/> 保険証 <input type="checkbox"/> その他 ( )				