

国民健康保険送付先変更届

下記の理由により、国民健康保険資格確認書等の送付先を変更してください。

- 1 ・ 一時的に住所地を離れている為
- 2 ・ 病院等に入院・入所しているため
- 3 ・ その他 ()
- 4 ・ 送付先変更の解除

保険証送付先	〒 (様方) 電話番号		
変更期間	期限	有	令和 年 月 日 ~ 令和 年 月 日
		無	
国保税送付先	1. 上記送付先へ希望する		
	2. 上記送付先へ希望しない		

令和 年 月 日

世帯主	住 所				
	氏 名				
	電話番号				
世帯番号					
国保資格者	氏 名		生 年 月 日	S・H・R	年 月 日
				S・H・R	年 月 日
				S・H・R	年 月 日
				S・H・R	年 月 日

日田市長 様

※この届出書は、保険証の年度切替時の郵送先を変更するものです。再交付等特別な場合の交付については、再度、変更している旨を申し出てください。

※送付先変更を解除する場合は必ずご連絡ください。ご連絡がない場合は、引き続き変更先へ郵送します。

確認	処理	受付

--	--	--