

令和 年 月 日

周防大島町長 様

届出人住所

届出人氏名

国民健康保険関係書類送付先変更届

下記のとおり国民健康保険の書類の送付先を変更したいので届けいたします。

記

被 保 険 者	住 所	
	ふりがな 氏 名	昭・平・令 年 月 日



新 送 付 先	住 所	〒 ー (様方)	
	ふりがな 氏 名	被 保 険 者	と の 続 柄
	電 話	() ー	

送付先の変更を希望する書類（希望するものにレ点を付けてください。）

- 国民健康保険（資格・支給）に関する通知すべて
- 資格関係の通知（被保険者証、限度額適用・標準負担額減額認定証など）
- 支給関係の通知（高額療養費など）

注）変更先から元の住所地へ送付先を戻される場合は、役場医療保険班又は最寄りの総合支所・出張所へその旨を必ずご連絡ください。