

送付先変更届

年 月 日

御 殿 場 市 長 様

申 請 者 氏 名:

住 所:

電 話: - -

対 象 者 と の 続 柄: ※1

1. 送付先変更を希望する被保険者の情報

世帯情報	記 号 番 号	
	住 所	御殿場市
	世 帯 主 名	

2. 送付先住所

郵便番号	〒 -
住 所 アパート名等	
氏 名	
電話番号	- -
変 更 期 間	<input type="checkbox"/> 今年度のみ <input type="checkbox"/> 今年度以降毎回 <input type="checkbox"/> その他()
変更希望項目 (対象者)	<input type="checkbox"/> 国民健康保険被保険者証 () <input type="checkbox"/> 国民健康保険証兼高齢受給者証 () <input type="checkbox"/> 特定疾病療養受療証 () <input type="checkbox"/> 高額療養費支給申請書 () <input type="checkbox"/> 医療費通知 () <input type="checkbox"/> 国民健康保険税関係通知※2 () <input type="checkbox"/> その他() ()
申 請 理 由	<input type="checkbox"/> 一時的に住所地を離れているため <input type="checkbox"/> 病気などにより管理ができないため <input type="checkbox"/> その他()

※1 別世帯の方が届出をする際は、申請者の身分証明書・該当世帯の世帯主の委任状が必要になります。

※2 国民健康保険税の納税義務者は世帯主です。この送付先変更届は、納税義務者を変更するものではありません。