

国民健康保険送付先変更届（登録・変更・解除）

六ヶ所村長 様

次のとおり届出します。

届出者	被保険者証	記号	六ヶ所	届出日	年	月	日	
	フリガナ 氏名			番号				
	住所	〒	—	生年月日	明・大・昭・平・令	年	月	日
	電話番号			電話	—	—		
<input type="checkbox"/> に <input checked="" type="checkbox"/> を記入 <input type="checkbox"/> 世帯主本人 <input type="checkbox"/> 代理人（関係：								

※ 届出者が代理人の場合は、下記「委任状」欄を記入して下さい。

送付先変更書類 (該当の <input type="checkbox"/> に <input checked="" type="checkbox"/> を記入)		<input type="checkbox"/> 納税通知書 <input type="checkbox"/> 国民健康保険証 <input type="checkbox"/> 医療費通知書 <input type="checkbox"/> 療養費等支払決定通知書 <input type="checkbox"/> その他 ()						
送付先	フリガナ 氏名 (宛名)			生年月日	明・大・昭・平・令	年	月	日
	住所	〒	—	電話番号	— —			
	世帯主との関係							
変更開始年月日		年 月 日から【※指定がない場合は、届出日からになります】						
送付先変更書類 (該当の <input type="checkbox"/> に <input checked="" type="checkbox"/> を記入)		<input type="checkbox"/> 入院中のため <input type="checkbox"/> 施設入所のため <input type="checkbox"/> 家族の事情のため (介護等) <input type="checkbox"/> 判断力低下のため <input type="checkbox"/> 後見人等に送付 <input type="checkbox"/> 送付先の必要がなくなったため (解除) <input type="checkbox"/> その他 ()						

※ 世帯主の本人確認書類（運転免許証の写し・パスポートの写し等）を添付して下さい。

なお、写真の添付がない本人確認書類を添付する場合は、2種類以上の書類を添付して下さい。

【委任状】

私は、上記届出者に国民健康保険に係る書類の送付先変更に関する一切の権限を委任します。

(世帯主) 委任者	被保険者証	記号	六ヶ所	番号				
	フリガナ 氏名			生年月日	明・大・昭・平・令	年	月	日
	住所	〒	—	電話番号	— —			

以下の記入は不要です。

受付者	健康課	税務課	確認者			受付印