通知送付先変更等申請書

国民健康保険被保険者番号	榛	生年月日	明治・大正・昭和 平成・令和 年　月　日
介護被保険者番号			
後期被保険者番号			
フリガナ		性別	男・女
該当者氏名			
現住所	〒		
申請区分	☐ 新規　☐ 変更　☐ 解除 ※ 該当する区分に「レ」でチェックしてください。		
送付先を変更する保険等の種類	☐ 国民健康保険　☐ 介護保険　☐ 後期高齢者医療保険 ☐ その他（　　） ※ 送付先の変更等をするものに「レ」でチェックしてください。		

＊ 送付先が申請者と同一の場合は、チェックを入れることで記入は省略してください。

送付先住所	〒 ☐ 申請者住所と同一		
フリガナ		該当者との続柄	
氏名	☐ 申請者と同一		
電話番号			

【注意】

1　送付先の変更をすると、希望した事柄に関する通知等の全てが上記の住所に送付されます。
　また、一人の被保険者について、複数の送付先を設定することはできません。

2　申請後、改めて送付先の変更などをする場合は、再度、この申請をする必要があります。

上記のとおり、通知等の送付先の変更等を申請します。

年　　月　　日

申請者住所

申請者氏名　　（続柄　　）

電話番号

【担当使用欄】

受付日	受付者	処理日	処理者	処理日	処理者	備考
／		／		／		