

# 国民健康保険被保険者証 送付先(変更・終了)申請書

平成 年 月 日

身延町長 様

届出者	住所	
	氏名	⑩
	世帯主との続柄	
	電話番号	

下記の理由により、当該世帯主の同意を得て、国民健康保険被保険者証の送付先の(変更・終了)を申請いたします。

1. 一時的に住所地を離れているため
2. 病院等に入院・入所しているため
3. その他( )

世帯主氏名		被保険者番号	
変更後送付先	住所	〒 ー	
	方書 (施設名等)		
	電話番号		
変更対象者	<input type="checkbox"/> 世帯全員 <input type="checkbox"/> 対象者のみ (対象者氏名: )		
<input type="checkbox"/> 国民健康保険税に関する書類の送付先も変更する。 (該当があればチェックしてください。)			

- ※ 届出者の身分を証明できる書類(運転免許証、保険証等)を持参してください。
- ※ 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。
- ※ 保険証の送付先を元に戻す場合は、再度申請が必要です。