

大村市国民健康保険送付先変更届

(登録 ・ 変更 ・ 解除)

令和 年 月 日

大村市長 様

<届出人> 住所

氏名

続柄 世帯主 世帯員() 後见人 その他()

国保健康保険に係る通知等の送付先の変更を届け出ます。
なお、本人・家族及び新送付先の居住者(管理者)の同意を得ており、不都合は生じないことを申し添えます。

被 保 険 者	被保険者番号						被保険者氏名				
	住 所	〒 大村市									
	生年月日	昭和		・	平成		・	令和	年	月	日
新 送 付 先	住 所	〒									
	宛 名										
	連 絡 先	—		—		続柄()					
送付先を変更する 帳 票 (どれかひとつに○)	全ての文書 ・ 資格のみ(資格確認書等) ・ 給付のみ(医療費通知等)										
送付先変更理由 (どれかひとつに○)	施設入所 ・ 入院 ・ 文書管理困難 ・ 一時的な居所の変更 送付先設定の終了 その他()										
備 考	* 送付先を元に戻す場合は、お手数ですが再度届出をお願いいたします。										

□資格確認書等確認

	課 長	係 長	課 内 合 義	係
供 覧				

本 人 確 認
<input type="checkbox"/> 運転免許証
<input type="checkbox"/> マイナンバーカード
<input type="checkbox"/> パスポート
<input type="checkbox"/> 障害者手帳
<input type="checkbox"/> その他()
確 認 書 類
※別世帯や後见人等の場合のみ
<input type="checkbox"/> 委任状
<input type="checkbox"/> 登記事項証明書・審判確定書

別世帯
後见人