

大村市国民健康保険送付先変更届

令和 年 月 日

大村市長 様

<届出人>住所

氏名

続柄 世帯主・配偶者・子・後見人・その他()

国民健康保険に係る通知等の送付先の変更を届けます。
なお、本人・家族及び新送付先の移住者(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(保険証等) ・ 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。							

保険証確認

供 覧	課 長	係 長	課 内 合 義	係

本人確認
<input type="checkbox"/> 免許証
<input type="checkbox"/> 個人番号カード
<input type="checkbox"/> パスポート
<input type="checkbox"/> 保険証
<input type="checkbox"/> 職員証明書
<input type="checkbox"/> その他()