

鞍手町国民健康保険被保険者証等送付先変更申請書

令和 年 月 日

(あて先) 鞍手町長

世帯主 _____ に関する鞍手町国民健康保険被保険者証及び関係書類の送付先を住民票住所でなく下記住所に変更するよう依頼します。

なお、送付先を変更する必要がなくなった場合は、速やかに解除の申し出を行います。

申請者	住所
被保険者との続柄	フリガナ
1 本人	氏名
2	電話

被保険者番号		保険者番号	400721
被保険者住所	【方書】		
送付先 (新規・変更)	宛先	〒	都道府県
		【方書】	
	フリガナ 氏名		【被保険者との続柄】 1 本人 2 申請者と同じ 3
	電話		1 自宅 2 勤務先 3 携帯 4
変更理由			
解除理由等			
備考			

本人確認書類
(被保険者証持参・身分証明書)

受付	端末入力	受付責任者