

鞍手町国民健康保険資格確認書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資格確認書及び関係書類の送付先を住民票住所でな
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			4	0	0	7	2	1	
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
(マイナンバーカード・運転免許証・)

受 付	端末入力	受付責任者