

記入例

国民健康保険 関係書類送付先変更届

令和 年 月 日

五泉市長 様

次のとおり、**変更・解除**しますので届け出ます。なお、この届け出に伴う不利益は全て世帯主及び届出人の責任とし、五泉市に責任を問わないことを誓約します。

フリガナ	ごせん はなこ	被保険者 記号・番号	
世帯主名	五泉 花子	五泉・	123456
生年月日	昭和45 年 4 月 1 日	電話番号	0250-43-3911

■送付先を変更する書類を選択してください。

■有効期限（最長2年）※裏面参照

 保険税に関する書類（納税通知等） 医療費に関する書類（高額療養費申請書等） 資格確認書等

令和9年 3月 31日まで

変更前 (現送付先)	住所	〒959-1692 新潟県五泉市太田1094番地1		
	フリガナ	ごせん はなこ		
	氏名	五泉 花子		
変更後 (新送付先)	住所	〒959-1705 新潟県五泉市村松乙130番地1		
	フリガナ	むらまつ さくら		
	氏名	村松 さくら		
	電話番号	0250-58-7181	世帯主との関係	子
変更理由	<input type="checkbox"/> 入院のため <input type="checkbox"/> 施設入所のため <input checked="" type="checkbox"/> 判断力低下のため <input type="checkbox"/> 後見人等に送付 <input type="checkbox"/> 送付先変更の必要がなくなったため（解除の場合のみ） <input type="checkbox"/> その他（ ）			

届出人	住所	〒959-1705 新潟県五泉市村松乙130番地1		
	氏名	村松 さくら		
	電話番号	0250-58-7181	世帯主との関係	子

- ・「変更」か「解除」か選択します。
- ・解除の場合、「変更後（新送付先）」の記入は不要です。
- ・裏面の注意事項を確認し、添付書類を忘れずに付けて提出してください。