

国民健康保険資格確認書・納付書等 送付先変更願

年 月 日

長与町長 様

<対象者氏名>

住 所 長与町

氏 名

電話番号

被保険者 No. 崎15一

下記の理由のため、送付先の変更をお願いいたします。
なお状況が変わった場合は速やかにお届けいたします。

1. 変更理由

のため。

2. 変更送付先

住所	〒
方書	様方
宛名	

3. 送付先を変更する帳票

<input type="checkbox"/> すべての帳票
<input type="checkbox"/> 資格・給付（資格確認書、資格情報のお知らせ、高額療養費、医療費通知等）
<input type="checkbox"/> 賦課（納付書、納税通知書）

4. 新送付先の電話番号

※送付先の宛名が世帯主以外の場合は委任状も提出してください。

国民健康保険資格確認書・納付書等 送付先

令和 〇〇 年 〇〇 月 〇〇 日

長与町長 様

<対象者氏名>

住所 長与町 嬉里郷〇〇〇番地〇〇

氏名 長与 花子

電話番号 〇〇〇-〇〇〇〇-〇〇〇〇

被保険者 No. 崎15-〇〇〇〇〇〇〇〇

下記の理由のため、送付先の変更をお願いいたします。
なお状況が変わった場合は速やかにお届けいたします。

1. 変更理由

- ・一時的な居所の変更
- ・文書管理困難 等

のため。

2. 変更送付先

住所	〒〇〇〇-〇〇〇〇 長崎市〇〇町△△△番地□□
方書	長与 太郎 様方
宛名	

3. 送付先を変更する帳票

<input checked="" type="checkbox"/> すべての帳票
<input type="checkbox"/> 資格・給付（資格確認書、資格情報のお知らせ、高額療養費、医療費通知等）
<input type="checkbox"/> 賦課（納付書、納税通知書）

4. 新送付先の電話番号

〇〇〇-〇〇〇〇-〇〇〇〇

※送付先の宛名が世帯主以外の場合は委任状も提出してください。