

国民健康保険帳票等送付先変更届出書

下記のとおり、国民健康保険に係る帳票等の送付先を変更したいので届け出ます。

1. 現在の送付対象納税義務者名

フリガナ		国保番号	宛 先 番 号							
納税義務者名 (世帯主)									-	
生年月日	年 月 日生									

2. 送付先住所

新 住 所 (変更後)	〒	TEL ()	
旧 住 所 (変更前)	〒	TEL ()	

3. 送付先氏名

フリガナ	
送付先氏名	

4. 送付先変更対象及び適用期間

送付先変更 対象帳票	☐ 資格確認書／資格情報のお知らせ	☐ 高額療養費申請書
	☐ 納税通知書兼納付書	☐ 医療費通知
適用期間	令和 年 月 日 から 令和 年 月 日 まで	

※(注) 納税通知書兼納付書については、納付の確認が取れなければ、変更前の住所へ再送付いたします。

5. 送付先変更理由及び届出人

送付先変更 理由			送付先変更の 対象となる人		
届 出 人	住 所				
	氏 名		®	納税義務者との 関係	

※届出人の本人確認資料が必要です。

【市町村記入欄】

(令和6年12月2日～)

受理状況欄	受付印	取扱者印	確認者印
☐ 来庁			
☐ その他 ()			