

国民健康保険被資格確認書等発送先異動届 (医療費通知・資格確認書等発送用)

令和 年 月 日

豊後大野市長 様

フリガナ		被保険者 との続柄	1 本人 2 ()
届出者氏名			
届出者住所	〒 —	電話番号	— —

国民健康保険に関する書類について、下記の通り変更したいので届け出ます。

被保険者記号番号	ぶんご国								
被保険者(世帯主)氏名					生年月日	T・S・H	年	月	日
異動区分	1. 新規 2. 変更 3. 終了								
異動理由	☐ 入院のため ☐ 施設入所のため ☐ 仕事のため ☐ 親の介護のため ☐ 判断力低下のため ☐ 家庭の事情のため ☐ その他()								

「新規」「変更」を選択した場合のみ下記にご記入ください。(終了の場合は記載不要)

発 送 先	宛 先	〒								都道 府県	
		【方書】									
	フリガナ									【被保険者との続柄】	
	氏 名									1 本人 2 届出者と同じ 3	
電話番号									1 自宅 2 勤務先 3 携帯 4		
備考											

注. この届出書は、国民健康保険の給付・資格関係帳票(医療費通知・資格確認書等)の発送先異動届です。
国民健康保険税に関する発送先を変更する場合は、お手数ですが税務課所定の様式にて届出をお願いします。

届出者確認	・運転免許証 ・マイナンバーカード ()
-------	-----------------------