

国民健康保険 各種通知類等送付先(変更・終了)申請書

山 梨 市 長 様

次のとおり、国民健康保険に諸通知の送付先の変更・終了を申請いたします。なお、この内容に変更があった場合は、ただちに届出します。なおこの申請により被保険者に不利益が生じても、市には一切ご迷惑をおかけいたしません。

		届 出 年 月 日	令和 年 月 日
届出者氏名 (窓口に来た方)		本人との関係	
届出者住所	〒 電話番号 ()		
本人確認書類			

世帯主	被保険者番号	—	生 年 月 日	大・昭・平 年 月 日
	フリガナ		性 別	男 ・ 女
	氏 名			
	住 所 (住 民 登 録 地)	〒 電話番号 ()		

変更理由等	【理由】	左記の理由により、 ☐ すべての書類 ☐ 被保険者の資格に関する書類 ☐ 被保険者の給付に関する書類 上記の書類について、送付先を変更します (該当する書類について、チェックしてください)

送付先住所 【方書まで詳しく】	〒 電話番号 ()		
フリガナ		本人との関係	
送付先氏名	様方		

○下記は窓口に来た方が、ご本人及び同一世帯以外の場合にご記入ください。

本人自筆のこと	《承諾書》
	上記の送付先住所へ国民健康保険の通知書類について、送付することを承諾します。
	世帯主 住所
	世帯主 氏名

※この申請書は、山梨市から送付する国民健康保険の通知書類(医療費通知・被保険者証等)の送付先を住民登録地以外へ変更を希望する場合に記入するものです。
※申請の際は、申請書と併せて世帯主の身分証明できるもの(免許証、保険証等)の写しを添付してください。写真付きのものは1点、写真のないものは2点必要です。