

国民健康保険関係に係る送付先変更申出書

年 月 日

国民健康保険関係書類の送付先を下記のとおり変更することを申し出します。

1 変更を希望する国民健康保険関係書類等

(送付を希望されない場合は、該当箇所を＝取消線で抹消してください。)

<input checked="" type="checkbox"/>	国民健康保険被保険者証（保険証）
<input checked="" type="checkbox"/>	国民健康保険税決定通知書兼変更通知書 （国民健康保険税（暫定）納税通知書）
<input checked="" type="checkbox"/>	その他国民健康保険関係の通知書類ほか

2 納税義務者（本人自署ならば押印不要）

世帯主の氏名	Ⓜ	生年月日
住民登録上の住所	〒 方書	
保険証番号	み気A	問い合わせ番号

3 送付先（郵送をしてほしいところの住所）

住所	〒 方書	
宛名		
連絡先 (携帯電話等)	()	
この記載内容（情報）は、本課に限らず気仙沼市各課へ提供することに <input type="checkbox"/> 同意します。 <input type="checkbox"/> 同意しません。		

- 1 市民課へ住所変更の届出をしている場合は、提出の必要はありません。
- 2 世帯員あての通知書類は、世帯主に送付されますのでご了承ください。
- 3 上記送付先が変更されたときは、下記までご連絡ください。

お問い合わせ先	受付	入力	確認
気仙沼市市民生活部保険課 電話 0226-22-6600 (内線 371・372)			