

令和 年 月 日

木更津市保険年金課 宛

申請者 住所
氏名 印
電話番号 ()
世帯主との関係

国民健康保険被保険者証等送付先変更願

国民健康保険被保険者証等については、下記の事由により居住地での受取りが困難であるため、送付先を変更するよう依頼します。

なお、この送付先変更に関する事項は、世帯主（又はその関係者）並びに送付先に説明済みであり、生じた問題に対する責任は、申請者である私が負うことに同意します。

国保世帯	被保険者番号	06-
	住所	木更津市
	世帯主氏名	(生年月日 年 月 日)
送付先	住所氏名	〒 -
	電話番号	()
	被保険者との関係	本人・親族()・成年後見人・その他()
送付先変更の理由		
送付先変更期間		永年・令和 年 月まで・()
転送書類		被保険者証・給付関係書類・納税通知書
備考		

受付 _____