

令和 年 月 日

木更津市保険年金課 宛

申請者 住 所
氏 名
電話番号 ()
世帯主との関係

国民健康保険資格確認書等送付先変更願

国民健康保険資格確認書等については、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	0 6 -
	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		資格確認書等 ・ 給付関係書類 ・ 納税通知書
備 考		

受付