つくば市国民健康保険医療費通知送付先変更申請書

申請日	令和　　年　　月　　日	保険証番号	
世帯主名			
住　所			
変更先住所	〒　　－ （　　）様方		
変更先名			
連絡先 （電話番号）	TEL　　（　　） 携帯 e-mail 等		
理由			

申請者名：＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

※医療費通知は世帯単位での送付のため、同一世帯内で送付先を分けることはできません。
※申請の際は、以下の文書の添付をお願いいたします。
・成年後見人等の方の場合
（成年後見人等の方の）身分証明書の写し・登記事項証明書の写し
・施設入所の方の場合
入所証明書の写し
※一時的な送付先の変更はお受けできませんので、ご了承ください。

（事務処理欄）

受付者	
宛名番号 （世帯主）	

収受印