

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	
世帯主名		
住 所	〒 ー	
		
変更先住所	〒 ー () 様方	
変更先名		
連絡先 (電話番号等)	TEL : () e-mail :	
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)	
国保番号	

収受印