



決裁	課長	課長補佐	係長	係

国民健康保険 送付先変更届出書

令和 年 月 日

邑南町長 様

国保世帯主 (納税義務者)	記 号 番 号	8 4 -		
	住 所			
	氏 名	(注)本人自署または記名押印		
届 出 人 <input type="checkbox"/> 国保世帯主と同じ	住 所			
	氏 名		続柄	
	電 話 番 号	( ) -		

国民健康保険に関する文書について、下記のとおり送付先を変更いただきますよう届け出ます。

開始年月		令和 年 月	終了年月 (予定)	令和 年 月
種別	<input type="checkbox"/> 資格・給付 (町民課)	<input type="checkbox"/> 下記住所 〒 住 所 宛名方書 宛 名		
	<input type="checkbox"/> 賦課・徴収 (財務課)			
		<input type="checkbox"/> 住民基本台帳（住民票）上の住所		
補足事項				

※あてはまる□に✓を記入してください。

整理欄	原本保管		処理				受付	
	<input type="checkbox"/> 町民課	担当者	資格・給付		賦課・徴収		確認者	受付者
	<input type="checkbox"/> 財務課		入力		入力			