

国民健康保険 送付先変更届出書

令和〇年〇月〇日

軽井沢町長 様

届出人

(世帯主)

住所: 軽井沢町の住所

氏名:

電話番号:

下記のとおり、国民健康保険に係る通知の送付先変更を届け出ます。
なお、送付物については、新送付先の宛名として届け出た者の責任において適切に対処し、また、他の親族等から異議申し立てがあった場合は、私の責任において解決することを誓約します。

被保険者	被保険者 記号—番号	軽 ー	
	氏名・生年月日	(昭・平・令 年 月 日生)	
旧送付先		住所	〒 軽井沢町の住所
新送付先 ※必要に応じて住所に〇〇様方まで記入してください		住所	〒 変更先の住所 (様方)
※ 国民健康保険に係る通知は世帯主宛となるため、世帯主の送付先を変更します。 世帯主が変更された場合は、新たに届出が必要となります。			
送付先を変更する通知		☐ 資格 (資格情報書類 等) ☐ 賦課・収納 (保険税決定通知、納付書 等) ☐ 特定健診 ※宛名は本人となるため本人の送付先変更をします。	
変更する期間		令和 年 月 日から 令和 年 月 日まで 期間を定めない場合、2行目の記入は不要です	
変更する理由等			

【注意事項】

○届出の際、届出人の本人確認書類 (マイナンバーカード、運転免許証等) を提示してください。

○すでに発送準備が整っている書類に関しては、変更前の送付先に届く場合があります。

○「変更する期間」欄の期限を記入しないで提出した方は、送付先変更を解除する場合、再度この届出書を提出していただく必要があります。

○この届出は国民健康保険に関する通知のみ対象となります。町役場の他の業務に係る通知の送付先変更を希望する場合はお問い合わせください。

○軽井沢町の国民健康保険におけるサービスとなりますので、他市町村へ異動した場合は対応できないことがあります。

【問い合わせ】 軽井沢町役場 住民課保険年金係 ☎0267-45-8540

資格	賦課	収納