

送付先届

届出者名		被保険者との関係	
連絡先電話番号	() —		

被保険者番号		日置 —
被 保 険 者	フリガナ	
	氏 名	
	生年月日	昭和・平成・令和 年 月 日
	住 所	日置市
	電話番号	() —

国民健康保険（資格・給付）各種通知に関する送付先を次の住所としますので届けます。

送付先

郵便番号	〒				—				
住 所	県 市 (都・道・府) (区・郡)								
宛 名 (方書)	様方				被保険者との関係				
電話番号	() —								
送付先 変更期間	令和 年 月 日 以降送付分								

日置市役所 健康保険課 国民健康保険係 様

令和 年 月 日

世帯主氏名