

※下記の太枠内をご記入ください。

国民健康保険送付先変更（解除）届

令和　　年　　月　　日

（あて先）福岡市東区長
（保険年金課）

私の国民健康保険関連の書類の送付先を下記のとおり、変更していただくようお願いいたします。

保険証の記号番号	記号	番号									
保険証の住所	〒 福岡市										
フリガナ 保険証の世帯主名											

変更先の住所	〒 様方 ※宛名は保険証の世帯主名となります。										
連絡先電話番号											
送付先の変更が 必要な書類 （該当の□にチェック して下さい）	<input type="checkbox"/> 送付物全て <input type="checkbox"/> 保険証・高齢受給者証・限度額認定証等保険証関係のみ <input type="checkbox"/> 保険料決定通知・納付書等保険料関係のみ <input type="checkbox"/> その他（ ）										
送付先の （変更・解除） の理由											

※なお、送付先変更の必要が無くなった場合は、至急ご連絡下さい。

福岡市処理欄				
受付日	受付者	入力		台帳記入
		覚書・メモ	送付先異動	

連絡先
東区役所
保険年金課
保険係
TEL 092-645-1102