

送付先変更(廃止)申請書

住民コード：

被保険者番号：垣国

申請者 (納税義務者)	氏名				電話番号					
	住所									
変更(廃止)事由										
変更年月日		令和	年	月	日	廃止年月日(※)	令和	年	月	日
※廃止年月日を設定しない場合は、廃止を希望するときに再度の届出が必要です。										
上記の者への石垣市市民保健部健康保険課からの郵便物について、下記送付先までお願いいたします。 令和 年 月 日 石垣市 市民保健部健康保険課長 様 届出人 ※身分証の添付をお願いします。 ※代理人の場合、委任状をお願いします。 住所： _____ 氏名： _____ 電話： _____ (届出人と上記申請者の関係：)										
送付先	住所	〒 _____ (_____ 様方)								
	宛名	※納税管理人や法定代理人(親権者・成年後見人等)の元へ変更するときのみ記入してください。								
職員記入欄										
申請受領者					受領年月日	令和	年	月	日	
本人確認者					確認年月日	令和	年	月	日	
Acro入力者					入力年月日	令和	年	月	日	
CARS入力者					入力年月日	令和	年	月	日	
決裁	課長	課長補佐	保険税係長	給付係長	係員 (給付係・保険税係)					