決 済	課長	課長補佐	係長	係	受付

金武町国民健康保険送付先（変更・廃止）届出書

令和 年 月 日

金武町長 殿

届出者

住所

氏名

㊞

被保険者との続柄

電話番号

次により、国民健康保険に係る帳票の送付先の（変更・廃止）を届け出ます。

被 保 険 者	被保険者番号	金国							
	(フリガナ)								
	氏名								
	住所	〒	—						
送 付 先	電話番号								
	(フリガナ)								
	氏名							被保険者との続柄 ()	
	住所	〒	—						
	電話番号								
開始年月日			平成		年		月		日
備考									