

年 月 日

鳴 門 市 長 様

保険料通知書及び納付書 送付先変更届

1. 保険料の種類 国民健康保険料  
介護保険料

2. 希望する送付先（郵便番号・住所・電話番号・氏名）

郵便番号 \_\_\_\_\_

住 所 \_\_\_\_\_

電話番号（ ） \_\_\_\_\_

氏 名 \_\_\_\_\_

以上のように、送付先を変更して下さるようお願い申し上げます。

納付義務者 住 所

氏 名

印

-----  
<市記載欄>

宛名番号 \_\_\_\_\_

国保番号 \_\_\_\_\_ 介護番号 \_\_\_\_\_