



宛先等変更申出書

FAX : 03 - 3581 - 6820

1. ご依頼者 (変更前の情報をご記入ください)

ご依頼日	年 月 日
ご購入者コード	封筒・帯封の宛名下に印字の6桁コード
名称	個人でお申し込みの方はお名前をご記入ください
担当課名	
ご担当者名	
電話番号	()

2. 部数に関する変更

変更前： 部 変更後： 部

3. 国保新聞納品先に関する変更 (複数選択可)

ご住所	名称 (お名前)	担当課名	ご担当者
電話番号	FAX 番号	E-mail アドレス	

変更後：

4. ご請求書送付先に関する変更 (複数選択可)

ご住所	名称 (お名前)	担当課名	ご担当者
電話番号	FAX 番号	E-mail アドレス	

変更後：

お預かりした個人情報は取り扱いに注意し、本件に関するこのみに使用いたします。

国民健康保険中央会
〒100-0014
東京都千代田区永田町 1-11-35
全国町村会館内
TEL 03-3581-6821(代表)
<https://www.kokuho.or.jp>