

令和 年 月 日

厚生労働大臣 宛

返納金納入告知書の送付先変更届

1. 変更後の返納金納入告知書の送付先

|       |                         |
|-------|-------------------------|
| 担当部署名 | 〇〇市〇〇部〇〇課               |
| 所在地   | ( 1 2 3 - 4 5 6 7 )     |
|       | (フリガナ) 〇〇シ 〇〇           |
|       | 〇〇市〇〇 1-2-3             |
| 電話番号  | 1 1 1 1 - 2 2 - 3 3 3 3 |
| 担当者名  | 〇〇 〇〇                   |

2. 備考

介護保険  
国民健康保険  
後期高齢者医療保険  
住民税

変更を希望する制度のみ記入願います。  
※4制度希望する場合の記入例

都 道

〇〇 府 〇〇 市 区

町 村