

大阪府国民健康保険団体連合会
理事長 様

郵便物送付先住所変更届

保険医療機関等コード _____

保険医療機関等所在地

保険医療機関等名称

開設者名

印

_____ (保険医療機関届印)

変更理由

郵便物送付先について下記住所に変更を依頼します。

令和 年 月 日

〒 _____

フリガナ _____

変更先住所 _____

フリガナ _____

氏 名 _____

T E L _____

※ 〒540-0028

大阪市中央区常盤町1-3-8

中央大通FNビル内

大阪府国民健康保険団体連合会 業務管理課宛 郵送願います。