

決裁

D

課・室長	課・室長 代理参事	課・室長 補佐	係主 長幹	係	担当者

国民健康保険被保険者証等の送付先登録（新規・変更・解除）申請書

年 月 日

瀬戸内市長 様

下記のとおり送付先の登録を申請します。

登録内容	<input type="checkbox"/> 新規 <input type="checkbox"/> 変更 <input type="checkbox"/> 解除				
ふりがな					世帯主との続柄
申請者氏名					<input type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> その他 ()
申請者住所	〒				
	【方書】				
申請者TEL					
世帯主	被保険者番号				
	氏名		生年月日	明 昭 大 平	年 月 日
	住所	〒 瀬戸内市			

送付先（新規・変更の登録の人のみ記入）

<input type="checkbox"/> 申請者と同じ					
<input type="checkbox"/> その他					
ふりがな					世帯主との続柄
氏名					<input type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> その他 ()
住所	〒				
	【方書】				
TEL					
変更理由	<input type="checkbox"/> 入院のため <input type="checkbox"/> 仕事のため <input type="checkbox"/> 後見人に送付		<input type="checkbox"/> 施設入所のため <input type="checkbox"/> 家庭の事情のため <input type="checkbox"/> その他 ()		
変更期限	<input checked="" type="checkbox"/> 申請を撤回するまで ※解除する場合は申請が必要です。				
備考	<input type="checkbox"/> 国保年金医療給付課（国民健康保険）より発送するものすべて <input type="checkbox"/> 保険証・高齢受給者証のみ				
市役所留めにする場合	本庁 ・ 牛窓支所 ・ 長船支所 ・ 裳掛出張所				

※解除の申請がない場合でも、送付先住所の管理上、登録を解除する場合があります。
 ※申請者と世帯主の世帯が異なる場合は、委任状が必要です。