

国民健康保険 送付先（登録・変更・削除）申請書

_____年 ____月 ____日

瀬戸内市長 あて

以下のとおり送付を申請します。

登録内容	☐ 新規	☐ 変更	☐ 解除
------	-----------------------------	-----------------------------	-----------------------------

1 世帯主

被保険者番号	岡 82-	個人番号															
氏 名																	
生年月日	年 月 日				電話番号	- -											
住 所	瀬戸内市																

2 申請者

☐ 世帯主と同じ（同じ場合は記入省略可）		電話番号	- -														
氏 名					続 柄												
住 所	〒																

3 送付先（登録内容が解除の場合は、記入不要）

☐ 申請者と同じ（同じ場合は記入省略可）		電話番号	- -														
氏 名					続 柄												
住 所	〒																

4 その他

変更理由	☐ 入院のため	☐ 施設入所のため															
	☐ 仕事のため	☐ 家庭の事情のため															
	☐ 後見人に送付	☐ 市役所留め															
	☐ その他（ ）																
備 考	☐ 国保年金医療給付課から発送するものすべて（国民健康保険の資格・給付）																
	☐ 資格情報のお知らせ・資格確認書のみ																

市役所留めの場合	☐ 本庁	☐ 牛窓支所	☐ 長船支所	☐ 裳掛出張所
----------	-----------------------------	-------------------------------	-------------------------------	--------------------------------

※世帯主と申請者の世帯が異なる場合は、委任状が必要です。

※同一世帯の被保険者ごとに送付先を設定することはできません。