

国民健康保険関係書類送付先登録申請書

淡路市長様

下記のとおり、国民健康保険関係書類の送付先の登録を申請します。

申請年月日	年 月 日	<input type="checkbox"/> 国民健康保険資格関係 <input type="checkbox"/> 国民健康保険税関係
申請者氏名		被保険者との続柄
申請者住所	〒 ー	
	電話番号 () ー	
変更期間	年 月 ~ 年 月まで	

被保険者番号		生年月日	大正・昭和・平成・令和 年 月 日
フリガナ			
被保険者氏名 (世帯主)			
住所			

変更送付先 (住所)	〒 ー _____ 様方 電話番号 () ー
---------------	-------------------------------

受付印	事務所処理	入力処理
	本人確認書類 ・マイナンバーカード ・運転免許証 ・その他 受付担当者名 ()	システム入力日: / システム入力者名 ()