

国民健康保険 送付先登録（新規・追加・変更・取消）申請書

住所				世帯主氏名	
				被保険者番号	
対象者氏名		生 年 月 日		性別	続柄
		S・H・R 年 月 日		男・女	
		S・H・R 年 月 日		男・女	
		S・H・R 年 月 日		男・女	
		S・H・R 年 月 日		男・女	
登録事由	<input type="checkbox"/> 新規 <input type="checkbox"/> 追加 <input type="checkbox"/> 変更 <input type="checkbox"/> 取消				
登録項目	<input type="checkbox"/> 資格	<input type="checkbox"/> 給付	<input type="checkbox"/> 保険税	<input type="checkbox"/> 健診	
登録開始・終了日					
送付先変更理由					
送付先	裏面のとおりに				
島田市長 上記のとおり送付先登録申請します。また、設定した送付先に郵便物等が届かない状態が続いた場合、退院や転院、居住地の異動などにより指定先へ送付する必要がない、または適当でないと思われる場合に、島田市役所国保年金課が送付先登録の設定を取り消すことに合意します。 令和 年 月 日 窓口に来た人 <input type="checkbox"/> 本人（世帯主本人） <input type="checkbox"/> 同一世帯員（続柄： ） <input type="checkbox"/> 代理人（続柄： ） 氏名 _____ 住所 〒 _____ 電話 （ ） _____					
本人以外の場合	私は、上記対象者の代理人としてこの手続きに関する一切の責任を負います。 氏名 _____				
確認書類	<input type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> 同一世帯員 <input type="checkbox"/> 代理人		<input type="checkbox"/> 運転免許証 <input type="checkbox"/> 登記事項証明書 <input type="checkbox"/> その他（ ）		
	資格	給付	保険税	健診	受付印 令和 年 月 日 （窓口・郵送）
処理欄					

登録事由	<input type="checkbox"/> 新規 <input type="checkbox"/> 追加 <input type="checkbox"/> 変更 <input type="checkbox"/> 取消
送付先変更区分	<input type="checkbox"/> 資格 <input type="checkbox"/> 給付 <input type="checkbox"/> 保険税 <input type="checkbox"/> 健診
送付先	氏名 _____ 宛先 〒 _____ <input type="checkbox"/> 住所 (アパート・マンション名、室番号等) <input type="checkbox"/> 居所 <input type="checkbox"/> 事業所 <input type="checkbox"/> 所在 電話 () -
登録事由	<input type="checkbox"/> 新規 <input type="checkbox"/> 追加 <input type="checkbox"/> 変更 <input type="checkbox"/> 取消
送付先変更区分	<input type="checkbox"/> 資格 <input type="checkbox"/> 給付 <input type="checkbox"/> 保険税 <input type="checkbox"/> 健診
送付先	氏名 _____ 宛先 〒 _____ <input type="checkbox"/> 住所 (アパート・マンション名、室番号等) <input type="checkbox"/> 居所 <input type="checkbox"/> 事業所 <input type="checkbox"/> 所在 電話 () -
登録事由	<input type="checkbox"/> 新規 <input type="checkbox"/> 追加 <input type="checkbox"/> 変更 <input type="checkbox"/> 取消
送付先変更区分	<input type="checkbox"/> 資格 <input type="checkbox"/> 給付 <input type="checkbox"/> 保険税 <input type="checkbox"/> 健診
送付先	氏名 _____ 宛先 〒 _____ <input type="checkbox"/> 住所 (アパート・マンション名、室番号等) <input type="checkbox"/> 居所 <input type="checkbox"/> 事業所 <input type="checkbox"/> 所在 電話 () -

※施設入所者の送付先変更を希望する場合、事前に施設管理者への確認をお願いします。郵送先変更を取りやめる場合、別途届出をしてもらうようお願いいたします。(送付先が変わった場合も届出が必要です。)