

申請理由を○で囲む

【見本】国民健康保険 送付先登録 (新規) 追加・変更・取消) 申請書

住所	送付先変更を希望する世帯の住所を記入			世帯主氏名	世帯主氏名記入
				被保険者番号	証番号記入
対象者氏名	生年月日		性別	続柄	
対象者氏名記入	S (H)・R〇〇年〇月〇日		(男)・女	続柄記入 (例) 本人	
和暦を○で囲み生年月日を記入			男・	○で囲む	
S・H・R 年 月 日			男・女		
登録事由・項目にレ点 (事由の選び方は裏面参照)			年 月 日	男・女	
登録事由	<input checked="" type="checkbox"/> 新規		<input type="checkbox"/> 追加	<input type="checkbox"/> 変更	<input type="checkbox"/> 取消
登録項目	<input checked="" type="checkbox"/> 資格	<input checked="" type="checkbox"/> 給付	<input checked="" type="checkbox"/> 保険税	<input checked="" type="checkbox"/> 健診	
登録開始・終了日	(例) R5.1.1	(例) R5.1.1	(例) R5.1.1	(例) R5.1.1	
送付先変更理由	送付先変更理由記入 (例) 国外に転出するため。本人が管理できないため。等				
送付先	裏面のとおり				
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。					
令和〇年〇月〇日		窓口に来た人		どこかにレ点	
申請書記入日		<input checked="" type="checkbox"/> 本人 (世帯主本人)		続柄→上記世帯主から見た関係	
		<input type="checkbox"/> 同一世帯員 (続柄:)			
		<input type="checkbox"/> 代理人 (続柄:)			
氏名		届出人氏名記入			
住所 〒		〇〇〇 - 〇〇〇〇			
		届出人住所記入			
電話 (〇〇〇) 〇〇〇 - 〇〇〇〇			
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		本人以外の場合記入			
確認書類		<input checked="" type="checkbox"/> 本人		<input checked="" type="checkbox"/> 運転免許証	
		<input type="checkbox"/> 同一世帯員		<input type="checkbox"/> 登記事項証明書	
		<input type="checkbox"/> 代理人		<input type="checkbox"/> その他 ()	
要です		事項証明書の写しも必ず		申請者の身分証明書のコピーを添付	
資格	給付	保険税	健診	受付印	
				令和 年 月 日 (窓口・郵送)	

登録項目の登録開始日又は終了日を○で囲み日付記

申請書
記入日

代理人の場合はこちら
にも記入

該当箇所にレ点

登録事由	<input checked="" 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 checked="" type="checkbox"/> 資格 <input checked="" type="checkbox"/> 給付 <input checked="" type="checkbox"/> 保険税 <input checked="" type="checkbox"/> 健診
送付先	氏名 _____
	希望の送付先の宛名 _____
	宛先 〒○○○-○○○○ 送付先の住所等記入 _____
	<input checked="" type="checkbox"/> 住所 (アパート・マンション名、室番号等) _____
	<input type="checkbox"/> 居所 アパート名等記入 _____
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	<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"/> 事業所 電話 () - _____
	<input type="checkbox"/> 所在
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"/> 事業所 電話 () - _____
	<input type="checkbox"/> 所在

どこかにレ点

登録事由・区分にレ点

※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。)