

国民健康保険関連通知送付先申請書

(あて先) 佐渡市長

次のとおり、国民健康保険に関する諸通知の送付先の（登録・変更・廃止）を申請いたします。

		申請年月日	令和 年 月 日
提出者 (窓口にきた方)		確認方法	<input type="checkbox"/> 運転免許証 <input type="checkbox"/> 資格確認書 <input type="checkbox"/> 預貯金通帳 <input type="checkbox"/> その他（ ）
提出者住所 <small>提出者が世帯主本人である場合は記載不要</small>	〒 一	電話番号 一 一	

被保険者記号番号		被保険者氏名	生年月日
1			昭・平・令 年 月 日
2			昭・平・令 年 月 日
3			昭・平・令 年 月 日
4			昭・平・令 年 月 日
5			昭・平・令 年 月 日
6			昭・平・令 年 月 日
住所	〒952- 佐渡市 電話番号 一 一		

送付先	フリガナ		世帯主との関係	
	氏名			
	住所	〒 一	電話番号 一 一	

送付先設定業務	<input type="checkbox"/> 資格管理（資格確認書） <input type="checkbox"/> 給付管理（療養費関係） <input type="checkbox"/> 賦課管理・収納管理（保険税納付書）
有効期間	令和 年 月 日 ～ 令和 年 月 日
申請理由	<input type="checkbox"/> 世帯主（被保険者）の手続きが困難なため <input type="checkbox"/> 高齢等の理由により送付物の理解が困難で、紛失してしまうため <input type="checkbox"/> その他（ ）