

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 (窓口に来た方)		確認方法	<input type="checkbox"/> 運転免許証 <input type="checkbox"/> 預貯金通帳	<input type="checkbox"/> 資格確認書 <input type="checkbox"/> その他（ ）				
提出者住所 〔提出者が世帯主本人である場合は記載不要〕	〒 —————							
電話番号								— —

被 保 険 者 記 号 番 号		佐 渡		
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		〒 9 5 2 - 佐 渡 市 電 話 番 号 - -		

送 付 先	フリガナ		世帯主との関係	
	氏名			
	住所	〒 — 電話番号 — —		

[illegible]