

国民健康保険 資格確認書等 転送依頼(解除)申請書

年 月 日

			記号番号	—
被保険者	住 所			
	氏名			
	世帯主氏名			
申請者	住 所	〒		
	氏 名			
	続 柄			
	電話番号			
転送先施設	住 所	〒		
	名 称			
	担当者名			
	電話番号			
依頼内容		□送付先の変更		□送付先の解除
送付先変更 終了日		年 月 日 まで ※終了日が決まっている場合は、記入してください		
理 由				
備 考				

資格確認書有効期限 年 月 日 ※資格情報のお知らせは記入不要

入 力	解 除	発 行	交付(発送)日	<input type="checkbox"/> 特定記録 <input type="checkbox"/> 代理人窓 <input type="checkbox"/> 本人窓口	受 付	確 認	係 長