

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<br>保<br>険<br>者      | 住 所   |   |   |
|                       | 氏名    |   |   |
|                       | 世帯主氏名 |   |   |
| 申<br>請<br>者           | 住 所   | 〒   |   |
|                       | 氏 名   |   |   |
|                       | 続 柄   |   |   |
|                       | 電話番号  |   |   |
| 転<br>送<br>先<br>施<br>設 | 住 所   | 〒   |   |
|                       | 名 称   |   |   |
|                       | 担当者名  |   |   |
|                       | 電話番号  |   |   |
| 依頼内容                  |       | <input type="checkbox"/> 送付先の変更 <input type="checkbox"/> 送付先の解除 |   |
| 送付先変更<br>終了 日         |       | 年 月 日 まで<br>※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 | 受 付 | 確 認 |
|           |     |       |         | <input type="checkbox"/> 代理人窓 |     | 係 長 |
|           |     |       |         | <input type="checkbox"/> 本人窓口 |     |     |