

国民健康保険 資格確認書等 転送依頼(解除)申請書

見本

○ 年 ○ 月 ○ 日

| | |
|------|-----------|
| 記号番号 | 01 — 2345 |
|------|-----------|

| | | | |
|-----------------------|--|---------------------------|--|
| 被 保 險 者 | 住 所 | 江東区東陽4-11-28江東荘101 | |
| | 氏 名 | 白河 華子 | |
| | 世帯主氏名 | 白河 聰 | |
| 申 請 者 | 住 所 | 〒 130-0022 墨田区江東橋1-1-1 | |
| | 氏 名 | 墨田 一朗 | |
| | 続 柄 | 兄 | |
| | 電話番号 | 03-364 | |
| 轉 送 先 施 設 | 住 所 | 〒 135-0011 江東区扇橋2-1 | |
| | 名 称 | 小松橋病院 | |
| | 担当者名 | 富岡 様 | |
| | 電話番号 | 03-3647-△△△△ | |
| 依頼内容 | <input checked="" type="checkbox"/> 送付先の変更 <input type="checkbox"/> 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 | 入院中のため | | |
| 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 | 發 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 |
| | | |