

国民健康保険 資格確認書等 転送依頼(解除)申請書

見本

〇 年 〇 月 〇 日

記号番号	01	—	2345
------	----	---	------

被 保 険 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 聡	
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	0 3 — 3 6 4	
転 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	0 3 — 3 6 4 7 — △△△△	
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			

必要書類

①申請者の本人確認書類のコピー  
(マイナンバーカード・運転免許証・  
パスポート・介護保険証等)

②被保険者の本人確認書類のコピー  
(マイナンバーカード・運転免許証・  
パスポート・介護保険証等)

③病院や施設等の住所がわかるもの  
のコピー  
(請求書、入院案内やパンフレット等)

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