|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 被　保　険　者 | 被保険者番号 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| フリガナ |  | 性別 | 男 ・ 女 |
| 氏名 |  |
| 生年月日 |  |
| 住所 | 〒電話番号　（　　　　　）　　　　－ |
| 郵送を希望する送付先 | フリガナ |  |
| 氏名 |  |
| 住所 | 〒電話番号　（　　　　　）　　　　－ |
| 申　請　理　由 |  |
| 　　　珠 洲 市 長 様　　　上記の理由により、郵便物の送付先を申請します。　　　令和　　　年　　　月　　　日【申請者】　　　　〒　　　　　　　－住　所　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　氏　名　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　被保険者との続柄（　　　　）電話番号　(　　　　　)　　　　　　－　　　　　　 |