

国民健康保険送付先 登録変更消 申請書

被 保 険 者 (世 帯 主)	被 保 険 者 証 記 号 番 号	珠		
	フリガナ		性 別	男 ・ 女
	氏 名			
	生 年 月 日	年 月 日		
	住 所	〒 ー 電話番号 () ー		
登 変 取 録 更 消 送 付 先	フリガナ			
	宛 名			
	住 所	〒 ー 電話番号 () ー		
申 請 理 由				
<p>(宛先) 珠洲市長</p> <p>上記のとおり申請します。</p> <p style="text-align: center;">令和 年 月 日</p> <p style="text-align: center;">【申請者】</p> <p style="text-align: center;">〒 ー</p> <p style="text-align: center;">住 所 _____</p> <p style="text-align: center;">氏 名 _____</p> <p style="text-align: right;">被保険者との続柄()</p> <p style="text-align: center;">電話番号 () ー</p>				

代理権の確認	身元確認(世帯主、被保険者本人又は代理人)	番号確認				
<input type="checkbox"/> 本人の被保険者証等 <input type="checkbox"/> 委任状 <input type="checkbox"/> 登記事項証明書 <input type="checkbox"/> システム(同一世帯確認) <input type="checkbox"/> その他()	<table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 50%; vertical-align: top;"> 1点 <input type="checkbox"/> 個人番号カード <input type="checkbox"/> 職員面識(担当者: No. () </td> <td style="width: 50%; vertical-align: top;"> <input type="checkbox"/> 運転免許証 <input type="checkbox"/> 障害者手帳 <input type="checkbox"/> その他() </td> </tr> <tr> <td style="width: 50%; vertical-align: top;"> 2点 <input type="checkbox"/> 健康保険証 <input type="checkbox"/> 診察券 No. () </td> <td style="width: 50%; vertical-align: top;"> <input type="checkbox"/> 介護保険証 <input type="checkbox"/> 年金手帳・証書 <input type="checkbox"/> 預金通帳・キャッシュカード <input type="checkbox"/> その他() </td> </tr> </table>	1点 <input type="checkbox"/> 個人番号カード <input type="checkbox"/> 職員面識(担当者: No. ()	<input type="checkbox"/> 運転免許証 <input type="checkbox"/> 障害者手帳 <input type="checkbox"/> その他()	2点 <input type="checkbox"/> 健康保険証 <input type="checkbox"/> 診察券 No. ()	<input type="checkbox"/> 介護保険証 <input type="checkbox"/> 年金手帳・証書 <input type="checkbox"/> 預金通帳・キャッシュカード <input type="checkbox"/> その他()	<input type="checkbox"/> 個人番号カード <input type="checkbox"/> 通知カード <input type="checkbox"/> システム <input type="checkbox"/> その他
1点 <input type="checkbox"/> 個人番号カード <input type="checkbox"/> 職員面識(担当者: No. ()	<input type="checkbox"/> 運転免許証 <input type="checkbox"/> 障害者手帳 <input type="checkbox"/> その他()					
2点 <input type="checkbox"/> 健康保険証 <input type="checkbox"/> 診察券 No. ()	<input type="checkbox"/> 介護保険証 <input type="checkbox"/> 年金手帳・証書 <input type="checkbox"/> 預金通帳・キャッシュカード <input type="checkbox"/> その他()					