

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 記 号 ・ 番 号	
	フリガナ	
	氏 名	
	生 年 月 日	年 月 日
	住 所	〒 — 電話番号 () —
登 変 取 録 更 消	フリガナ	
	宛 名	
	住 所	〒 — 電話番号 () —
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;">年 月 日</p> <p style="text-align: center;">【申請者】</p> <p style="text-align: center;">〒 —</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 () —</p>		

代理権の確認	身元確認(世帯主又は代理人)	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: none;"> <tr> <td style="width: 33%; border: none;">1点</td> <td style="width: 33%; border: none;"> <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: 33%; border: none;"> <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="border: none;">2点</td> <td style="border: none;"> <input type="checkbox"/> 健康保険証 <input type="checkbox"/> 診察券 <input type="checkbox"/> No. () </td> <td style="border: none;"> <input type="checkbox"/> 介護保険証 <input type="checkbox"/> 年金手帳・証書 <input type="checkbox"/> その他() </td> </tr> <tr> <td style="border: none;"></td> <td style="border: none;"> <input type="checkbox"/> 預金通帳・キャッシュカード <input type="checkbox"/> その他() </td> <td style="border: none;"></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 <input type="checkbox"/> No. ()	<input type="checkbox"/> 介護保険証 <input type="checkbox"/> 年金手帳・証書 <input type="checkbox"/> その他()		<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 <input type="checkbox"/> No. ()	<input type="checkbox"/> 介護保険証 <input type="checkbox"/> 年金手帳・証書 <input type="checkbox"/> その他()									
	<input type="checkbox"/> 預金通帳・キャッシュカード <input type="checkbox"/> その他()										