

国民健康保険資格確認書等の送付先変更申請書

令和 年 月 日

久米南町長 様

申請人

住所

被保険者との続柄

フリガナ

1 本人

2 親族(続柄) 氏名

3 その他()

電話

被保険者記号・番号		岡78					
被保険者住所							被保険者の 同意の押印
							印
被保険者氏名							
（新規設定・変更・解除） 送付先	宛 先	〒		—		都道府県	
		【方書】					
		フリガナ		【被保険者との続柄】			
	氏 名		1 本人 2 申請人と同じ 3 その他()				
	電 話		1 自宅 2 勤務先 3 携帯 4 ()				
変更理由	☐入院のため ☐施設入所のため ☐住民異動届ができない (☐判断力低下のため ☐家庭の事情のため ☐必要なくなったため) ☐同居親族がいない ☐郵便局対応ができない ☐その他 理由)						
変更書類希望	☐資格確認書等のみ ☐国民健康保険医療に係るすべての書類 ☐その他()						
変更期限	令和 年 月 日 から		☐ 当面の間(次回申請時まで)				
			☐ 期限なし				
			☐ 令和 年 月 日 まで				
注意事項	・窓口申請の場合には、申請人の身分証明書(運転免許証、保険証等)をご持参ください。 ・被保険者との続柄については、どういった続柄かはっきりわかるように記載してください。 (例) 子、孫、妹、甥、成年後見人など。 ・申請人が成年後見人、保佐人、補助人の場合には、証明書(写し可)を添付してください。 ・被保険者の同意の押印については、申請人が三親等以内の親族で、申請人の本人確認ができる場合は省略できます。 ・送付先欄(新規設定・変更・解除)内の該当する項目に○をつけてください。 ・送付先変更の必要がなくなった場合や、更に送付先を変更する場合は再度申請が必要です。						