

国民健康保険住所地特例届出書

七 尾 市 長

年 月 日

申請者

住所

氏名

対象者との関係

個人番号

電話番号

※世帯主、世帯員、送付先設定者、法定代理人以外の方が申請する場合、委任状が必要です。

下記のとおり届け出いたします。

1. 適用を受けるに至った日

年 月 日

2. 適用を受ける被保険者及び理由

氏 名	(男 ・ 女)
生 年 月 日	年 月 日
個 人 番 号	
住 所	
施 設 等 名 称	
所 在 地	

代理権の確認	身元確認 (本人又は代理人)		番号確認
	1点 (写真付)	2点	
<input type="checkbox"/> 委任状	<input type="checkbox"/> 個人番号カード	<input type="checkbox"/> 保険証	<input type="checkbox"/> 個人番号カード
<input type="checkbox"/> 同一世帯	<input type="checkbox"/> 運転免許証	<input type="checkbox"/> その他	<input type="checkbox"/> 通知カード
<input type="checkbox"/> 送付先	<input type="checkbox"/> 障害者手帳		<input type="checkbox"/> システム
<input type="checkbox"/> その他	<input type="checkbox"/> その他		<input type="checkbox"/> その他

受付印

旧被保険者記号・番号：

新被保険者記号・番号：

受付