

介護保険、後期高齢者医療、国民健康保険、市税、保健事業 送付先設定申請書

令和 年 月 日

七尾市長 様

石川県後期高齢者医療広域連合長 様

次のとおり、郵便物の送付先の設定を申請します。なお、この申請について対象者本人、送付先の関係者、家族は同意をしています。また、この申請に関して市・広域連合に異議申し立てはいたしません。

申請者氏名		対象者との関係	
申請者住所	〒 電話番号() -		

対象者番号	介護		後期	
	国保		※対象者が世帯主でない場合は、世帯主の送付先を設定します(国保に限る)	
フリガナ			性別	男 ・ 女
対象者氏名			生年月日	明治・大正・昭和・平成 年 月 日
世帯主氏名 ※国民健康保険の場合				

希望する送付先	<input type="checkbox"/> 申請者に同じ	※左欄にチェックした場合、下欄への記入は不要です		
フリガナ			対象者との関係	
送付先氏名				
送付先住所	〒 電話番号() -			

送付先の設定を希望する郵便物	以下の1～5から送付先設定を希望する事業に○をつけてください。 各種事業の一部のみ希望する場合は、【 】内から○をつけて選択してください。			
	1	介護保険	【被保険者証関係(給付関係含む) ・ 保険料関係】	
	2	後期高齢者医療	【資格確認書関係(給付関係含む) ・ 保険税関係】	
	3	国民健康保険	【資格確認書関係(給付関係含む) ・ 保険税関係】	
	4	その他市税	【市民税 ・ 固定資産税 ・ 軽自動車税】	
5	保健事業	【予防接種関係 ・ 検診関係】		
郵便物宛名への対象者名の表示	<input type="checkbox"/> 表示しない (介護の被保険者証、後期の資格確認書関係のみ可能です)			

以下、市使用欄

記入欄	申請者本人確認	受付方法	受付区分	受付者
	番号カード ・ 運転免許証 ・ 住民票 保険証(介護) ・ 資格確認書(国保・後期) 障害手帳 その他()	窓口 ・ 郵送	新規 ・ 変更 ・ 解除	課

回覧	高齢者支援課	保険課	税務課	健康推進課

確認欄	入力	合議