

国民健康保険被保険者送付先申出書

令和 年 月 日

黒潮町長様

申出者	被保険者住所	黒潮町
	被保険者氏名	
	代理人住所	
	代理人氏名	続柄
	代理人電話番号	

国民健康保険に係る各証及び各種通知書等の送付先について申し出ます。

被保険者番号		氏名	
生年月日	年 月 日	電話番号	
住所	〒 ー		
送付区分	<input type="checkbox"/> 資格管理 <input type="checkbox"/> 賦課管理 <input type="checkbox"/> 収納管理 <input type="checkbox"/> 給付管理 <input type="checkbox"/> 医療費通知 <input type="checkbox"/> 医療費通知送付抑止		
有効期限	令和 年 月 日 ～ 令和 年 月 日		
申出理由			
送付先	住所	〒 ー	
	フリガナ		
	氏名		
	電話番号		被保険者 との続柄