

※太枠内に記入してください。

被保険者証

記号

13

番号

国民健康保険送付先変更取消申請書

年 月 日

(宛先) 厚木市長

厚木市国民健康保険に関する送付先変更事務取扱要綱第5条第2号の規定により、次のとおり送付先変更の取消を申請します。

申請者(世帯主) 住所 厚木市

電話 ()

氏名

来庁者(記入者) 住所

電話 ()

氏名

世帯主との関係 ()

世帯主	(フリガナ)		生年月日
	氏名		年 月 日
送付先	住所	〒 ー	
	宛名		
	関係	<input type="checkbox"/> 親権者 <input type="checkbox"/> 後見人 <input type="checkbox"/> 保佐人 <input type="checkbox"/> 補助人 <input type="checkbox"/> 入院先 <input type="checkbox"/> 勤務先 <input type="checkbox"/> 家族の介護先(続柄:) <input type="checkbox"/> 居住地 <input type="checkbox"/> 親族宅(続柄:) <input type="checkbox"/> 相続人	
取消理由			

事務処理欄

新規 継続

備考

課長	係長	担当	国保年金課国保給付係			
			起案	. .	分類	5・2・2
			決裁	. .	決裁区分	E
			施行	. .	保存	3年

本件、上記申請のとおり処理してよろしいか。