

※太枠内に記入してください。

被保険者記号

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	〒 —					
	宛 名						
	関 係	☐ 親権者 ☐ 後見人 ☐ 保佐人 ☐ 補助人 ☐ 入院先 ☐ 勤務先 ☐ 家族の介護先(続柄:) ☐ 居住地 ☐ 親族宅(続柄:) ☐ 相続人					
取消理由							
事 務 処 理 欄							
備 考		☐ 新規 ☐ 継続					
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。							