

年 月 日

伊万里市長 様

国民健康保険郵送先指定届

国民健康保険の資格確認書、資格情報通知書、限度額認定証の 更新・再交付 にあたり、
やむを得ず自宅を留守にする事由が生じたため、下記住所を当該被保険者の郵送先に指定します。
なお、申請内容の確認のために、住民基本台帳法に基づく住民票等を調査されることを承諾します。

届出人 住所 町
氏名
電話番号 ()
被保険者との関係 ()

フリガナ		有効期限を 指定する場合	年 月 日まで
被保険者氏名		記号番号	.
生 年 月 日	昭・平・令 年 月 日	性 別	男 ・ 女
理 由	1. 施設入所 2. 入院 () 3. その他 ⇒ ()		
郵送先指定の住所	〒 - 電話番号： ()		
施設等名・世帯主名	方		
被保険者との続柄 (施設等以外の場合)	受 付	入 力	

※有効期限を指定されない場合は、解除の申し出がない限り指定の住所へ郵送されます。

※この届出後は、指定された住所に送付されますので、郵送先指定を解除する場合や、変更した送付先を更に変更される場合は、再度届出が必要になります。