

国民健康保険関係書類送付先登録申請書

(宛先)箕面市長

次のとおり、国民健康保険に関する書類等について送付先の登録を申請します。

<太枠の中をご記入ください>		申請年月日	令和	年	月	日
申請者氏名		世帯主との関係				
申請者住所	〒					
電話番号	自宅	携帯				
申請理由						

○ 送付先を変更する被保険者

被保険者番号	箕国	管理番号 (市記入欄)					
世帯主氏名		生年月日	M・T S・H R		年	月	日
住所	〒						
電話番号	自宅	携帯					

○ 送付先及び送付対象、送付変更期間など

住所 (※)	〒								
	【様方】								
電話番号	自宅	携帯		世帯主との関係					
送付する書類	<input type="checkbox"/> 保険証に関する書類		<input type="checkbox"/> 給付に関する書類						
	<input type="checkbox"/> 保険料に関する書類		<input type="checkbox"/> その他()						
変更期間	令和	年	月	日	～	令和	年	月	日
備考									

※ 送付先宛名については、原則世帯主宛となります。

※ 変更期間終了後は送付先を削除し、住民票上の住所に送付します。

供 覧	室長	参事	担当者	スキャン	入力日	入力者	受付者	受付印

インターネットから電子申請 (<https://logoform.jp/f/cKfCk>) も可能です。

電子申請はこちら



申請者本人確認書類貼付欄

免許証・保険証・パスポート等

--

※ 申請者が代理人の場合は、委任状を併せて貼付すること。

※ 申請者が成年後見人の場合は、登記事項証明書を併せて貼付すること。

補助人・保佐人の場合は、被保険者による同意書を併せて貼付すること。

送付先登録確認欄

<input type="checkbox"/>	口座関連
<input type="checkbox"/>	収納消込
<input type="checkbox"/>	滞納整理
<input type="checkbox"/>	国民健康保険
<input type="checkbox"/>	高額療養費
<input type="checkbox"/>	国保療養費
<input type="checkbox"/>	国民健康保険給付
<input type="checkbox"/>	高額介護合算
<input type="checkbox"/>	国民健康保険料