国民健康保険関係書類送付先届出書

世帯主	氏名		被保険者証記号番号	記号	阿賀
				番号	
	住所			電話	（　　）　　－

届出の種類	☐ 登録　☐ 変更　☐ 廃止			
区　　分	☐ 資格関係（被保険者証等）　☐ 給付関係　☐ 保険税賦課関係　☐ 保険税徴収関係			
送付先（廃止の場合は廃止する送付先を記入）	氏名		世帯主との関係	
	住所	〒	電話	
期　　間	平成　　年　　月から　　平成　　年　　月まで			
届出の理由	☐ 世帯主本人が入院または施設入所等により住所地から離れているため。 ☐ 世帯主本人による書類の受け取りが困難のため。 ☐ 法定代理人またはその他の代理人が受け取るため。 ☐ その他（　　）			

届出の種類	☐ 登録　☐ 変更　☐ 廃止			
区　　分	☐ 資格関係（被保険者証等）　☐ 給付関係　☐ 保険税賦課関係　☐ 保険税徴収関係			
送付先（廃止の場合は廃止する送付先を記入）	氏名		世帯主との関係	
	住所	〒	電話	（　　）　　－
期　　間	年　　月から　　年　　月まで			
届出の理由	☐ 世帯主本人が入院または施設入所等により住所地から離れているため。 ☐ 世帯主本人による書類の受け取りが困難のため。 ☐ 法定代理人またはその他の代理人が受け取るため。 ☐ その他（　　）			

上記のとおり届け出ます。

阿賀町長　様

届出年月日	平成　　年　　月　　日			
届出者	氏名		世帯主との関係	☐ 世帯主本人 ☐ 同一世帯の世帯員 ☐ その他（続柄：　　）
	住所	☐ 世帯主の住所と同じ	電話	（　　）　　－

・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・以下、町処理欄・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・

届出者の本人確認	☐ 運転免許証　☐ パスポート　☐ 個人番号カード　☐ 障害者手帳 ☐ 外国人登録証明書　☐ その他（　　）					
処理欄	届出書提出方法	受付	資格	給付	保険税賦課	保険税徴収
	☐ 窓口　☐ 郵送 （　年　月　日受付）					

記入例

国民健康保険関係書類送付先届出書

世帯主	氏名	阿賀　太郎	被保険者証記号番号	記号	阿賀
				番号	０１２３４５６７
	住所	阿賀町津川 580 番地	電話	（ 0254 ）92 －3111	

届出の種類	☑ 登録　☐ 変更　☐ 廃止			
区　　分	☑ 資格関係（被保険者証等）　☑ 給付関係　☑ 保険税賦課関係　☑ 保険税徴収関係			
送　付　先（廃止の場合は廃止する送付先を記入）	氏名	阿賀　次郎	世帯主との関係	子
	住所	〒●●●-●●●● 新潟市中央区▲▲番地	電話	○○○-○○○-○○○○
期　　間	平成　28　年　1　月から　　平成　　年　　月まで			
届出の理由	☑ 世帯主本人が入院または施設入所等により住所地から離れているため。 ☐ 世帯主本人による書類の受け取りが困難のため。 ☐ 法定代理人またはその他の代理人が受け取るため。 ☐ その他（　　）			

届出の種類	☐ 登録　☐ 変更　☐ 廃止			
区　　分	☐ 資格関係（被保険者証等）　☐ 給付関係　☐ 保険税賦課関係　☐ 保険税徴収関係			
送　付　先（廃止の場合は廃止する送付先を記入）	氏名		世帯主との関係	
	住所	〒	電話	（　　）　－
期　　間	年　　月から　　年　　月まで			
届出の理由	☐ 世帯主本人が入院または施設入所等により住所地から離れているため。 ☐ 世帯主本人による書類の受け取りが困難のため。 ☐ 法定代理人またはその他の代理人が受け取るため。 ☐ その他（　　）			

上記のとおり届け出ます。

阿賀町長　様

届出年月日	平成　28　年　1　月　1　日			
届出者	氏名	阿部　次郎	世帯主との関係	☐ 世帯主本人 ☐ 同一世帯の世帯員 ☑ その他 （続柄：　子　）
	住所	☐ 世帯主の住所と同じ 新潟市中央区▲▲番地	電話	（○○○）○○○ －○○○○

・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・以下、町処理欄・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・

届出者の本人確認	☐ 運転免許証　☐ パスポート　☐ 個人番号カード　☐ 障害者手帳 ☐ 外国人登録証明書　☐ その他（　　）					
処　理　欄	届出書提出方法	受付	資格	給付	保険税賦課	保険税徴収
	☐ 窓口　☐ 郵送 （　年　月　日受付）					