

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 番号	阿賀 0 1 2 3 4 5 6 7
	住所	阿賀町津川 580 番地	電話	(0254) 92 -3111	

届出の種類	<input checked="" type="checkbox"/> 登録 <input type="checkbox"/> 変更 <input type="checkbox"/> 廃止				
区分	<input checked="" type="checkbox"/> 資格関係（被保険者証等） <input checked="" type="checkbox"/> 給付関係 <input checked="" type="checkbox"/> 保険税賦課関係 <input checked="" type="checkbox"/> 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	令和 元 年 5 月から		令和 年 月 まで		
届出の理由	<input checked="" type="checkbox"/> 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。 <input type="checkbox"/> 世帯主本人による書類の受け取りが困難のため。 <input type="checkbox"/> 法定代理人またはその他の代理人が受け取るため。 <input type="checkbox"/> その他 ()				

届出の種類	<input type="checkbox"/> 登録 <input type="checkbox"/> 変更 <input type="checkbox"/> 廃止				
区分	<input type="checkbox"/> 資格関係（被保険者証等） <input type="checkbox"/> 給付関係 <input type="checkbox"/> 保険税賦課関係 <input type="checkbox"/> 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	<input type="checkbox"/> 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。 <input type="checkbox"/> 世帯主本人による書類の受け取りが困難のため。 <input type="checkbox"/> 法定代理人またはその他の代理人が受け取るため。 <input type="checkbox"/> その他 ()				

上記のとおり届け出ます。
阿賀町長 様

届出年月日	令和 元 年 5 月 1 日
-------	----------------

届出者	氏名	阿部 次郎	世帯主との関係	<input type="checkbox"/> 世帯主本人 <input type="checkbox"/> 同一世帯の世帯員 <input checked="" type="checkbox"/> その他 (続柄: 子)
	住所	<input type="checkbox"/> 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	<input type="checkbox"/> 運転免許証 <input type="checkbox"/> パスポート <input type="checkbox"/> 個人番号カード <input type="checkbox"/> 障害者手帳 <input type="checkbox"/> 外国人登録証明書 <input type="checkbox"/> 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
	<input type="checkbox"/> 窓口 <input type="checkbox"/> 郵送 (年 月 日受付)					