## 国民健康保険住所地特例届出書

| 七        | 尾市長              |                     |                  |             |
|----------|------------------|---------------------|------------------|-------------|
|          | 年                | 月 日                 |                  |             |
|          |                  | 申請者                 |                  |             |
|          |                  | 中明1                 |                  |             |
|          |                  |                     | 氏名               |             |
|          |                  |                     | 対象者との関係          |             |
|          |                  |                     | 個人番号             |             |
|          |                  |                     | 電話番号             |             |
|          | ※世帯主、世帯員、        | 送付先設定者、             | 法定代理人以外の方が申請する場合 | 入、委任状が必要です。 |
| 下        | 記のとおり届け出い        | へたします。              |                  |             |
| 1.       | 適用を受けるに至っ        | った日                 |                  |             |
|          | 年                | 月日                  |                  |             |
| 2.       | 適用を受ける被保障        | 倹者及び理由              |                  |             |
|          | 氏 名              |                     |                  | (男・女)       |
|          | 生年月日             |                     | 年 月 日            |             |
|          | 個人番号             |                     |                  |             |
|          | 住所               |                     |                  |             |
|          | 施設等名称            |                     |                  |             |
|          | 所 在 地            |                     |                  |             |
|          |                  | •                   |                  |             |
|          | <br>代理権の確認       |                     | r元確認(本人又は代理人)    | 番号確認        |
| □委任状     |                  | 1点(写真付)<br>□個人番号カード | 2 点<br>□資格確認書    | □個人番号カード    |
| □同一世帯    |                  | □運転免許証              | □資格情報のお知らせ       | □通知カード      |
| □送付先     |                  | □障害者手帳              | □その他             | システム        |
| <u> </u> | その他              | □その他                |                  | □その他<br>受付印 |
|          |                  |                     | <del> </del>     | メロロ         |
| I →      | <b>地口吃老哥里</b> 亚里 |                     |                  |             |
| 旧,       | 被保険者記号・番号        | :                   |                  |             |
| مسعل     | ₩/IIIN ₩ ==      |                     |                  |             |
| 新        | 被保険者記号・番号        | :                   |                  |             |
|          |                  |                     |                  |             |
|          | 受付               |                     |                  |             |

## 国民健康保険住所地特例届出書

七尾市長

| 令和 ○年 ○ 月 ○ 日 |                            |
|---------------|----------------------------|
| 申請者           | 住所 <b>七尾市御祓町1番地 パトリア3階</b> |
|               | 氏名 <b>国保 太郎</b>            |
|               | 対象者との関係 本人                 |
|               | 個人番号 1234 1234 1234        |
|               | 電話番号 0767-53-8420          |

※世帯主、世帯員、送付先設定者、法定代理人以外の方が申請する場合、委任状が必要です。

下記のとおり届け出いたします。

| 1. 順用化文けるに玉つた! | 1. | 適用を受けるに至った日 |
|----------------|----|-------------|
|----------------|----|-------------|

**xx** 年 **x** 月 **xx** 日

2. 適用を受ける被保険者及び理由

| 氏 名     | <b>国保 太郎</b> ((男)·女 ) |  |  |  |
|---------|-----------------------|--|--|--|
| 生年月日    | △△ 年 △△ 月 △△ 日        |  |  |  |
| 個 人 番 号 | 1234 1234 1234        |  |  |  |
| 住 所     | 〇〇市〇〇町〇〇番地            |  |  |  |
| 施設等名称   | :等名称 特別養護老人ホーム ▽▽の郷   |  |  |  |
| 所 在 地   | 〇〇市〇〇町〇〇番地            |  |  |  |

| 代理権の確認      | 身元確認(本人又は代理人) |            |          | 番号確認     |  |
|-------------|---------------|------------|----------|----------|--|
| 「ひ至小臣~〉小臣中心 | 1点(写真付) 2点    |            |          | 田。石地田町   |  |
| □委任状        | □個人番号カード      | □資格確認書     |          | □個人番号カード |  |
| □同一世帯       | □運転免許証        | □資格情報のお知らせ | <u>-</u> | □通知カード   |  |
| □送付先        | □障害者手帳        | □その他       |          | □システム    |  |
| □その他        | □その他          |            |          | □その他     |  |
|             |               |            |          | 受付印      |  |
|             |               |            |          |          |  |
| 旧被保険者記号・番号: |               |            |          |          |  |
| 新被保険者記号・番号: | :             |            |          |          |  |
| 受付          |               |            |          |          |  |