

# 国民健康保険送付先変更取消申請書

年 月 日

(宛先) 釜石市長

釜石市国民健康保険に関する送付先変更事務取扱要綱第4条第2号の規定により、次のとおり送付先変更の取消を申請します。

住所 〒

【申請者】 氏名

電話 ー ー 世帯主との続柄

世帯主	被保険者証番号			
	住所	〒		
	氏名		生年月日	大正・昭和・平成・令和 年 月 日
送付先	住所	〒		
	宛名		電話番号	ー ー
	関係	<input type="checkbox"/> 親権者 <input type="checkbox"/> 後見人 <input type="checkbox"/> 保佐人 <input type="checkbox"/> 補助人 <input type="checkbox"/> 入院先 <input type="checkbox"/> 勤務先 <input type="checkbox"/> 家族の介護先(続柄: ) <input type="checkbox"/> 居住地 <input type="checkbox"/> 親族宅(続柄: ) <input type="checkbox"/> 相続人		
取消理由				