

課長	課長補佐	係長	係

国民健康保険住所地特例申請書

被保険者証記号番号		記号	五所川原	番号												
住所を離れる被保険者	氏名	性別	続柄	生年月日												
				マイナンバー												
		男・女		昭和・平成・令和 年 月 日												
		男・女		昭和・平成・令和 年 月 日												
交付申請理由		住所地特例該当施設に入所														
住所を離れる期間		平成・令和 年 月 日から														
滞在地																
<p>上記のとおり申請します。</p> <p style="text-align: center;">令和 年 月 日</p> <p style="text-align: center;">申請者 住所</p> <p style="text-align: center;">氏名 印</p> <p style="text-align: center;">マイナンバー </p> <p style="text-align: center;">TEL - -</p> <p style="text-align: center;">五所川原市長 殿</p>																