

令和 年 月 日

五所川原市長 佐々木 孝昌 殿

国民健康保険被保険者証郵送願

住所：五所川原市

世帯主：



申請者：

世帯主との続柄：

電話番号：

国民健康保険被保険者証を下記宛てに郵送願います。

1. 送付先

住所：〒 —

氏名：

電話番号：

郵送する保険証の対象者名

2. 理由

免許証のコピーを添付してください。(代理人の場合は委任状も必要)