

五所川原市長 佐々木 孝昌 殿

国民健康保険 資格確認書 郵送願
 資格情報のお知らせ

1. 申請者 ※本人確認書類のコピーを添付してください。(代理申請の場合は委任状も必要)

住 所			
氏 名			
電 話 番 号		続柄	

2. 対象者

住 所	<input type="checkbox"/> 申請者住所と同じ 五所川原市		
氏 名			
生 年 月 日	昭 ・ 平 ・ 令	年	月 日
世 帯 主 氏 名			

3. 送付先

- 来年度以降も下記宛に郵送を希望します。(自動更新)
 ※ 送付先に変更が生じた場合、速やかにご連絡ください。
- 来年度から住民票上の住所に郵送を希望します。(今年度は下記の住所に送付)
- 今年度から住民票上の住所へ郵送を希望します。

住所	<input type="checkbox"/> 申請者住所と同じ 〒 —		
宛 名			

4. 理由

- 入院中のため 施設入所のため 出稼ぎ中のため
- その他 ()

※処理欄

記号番号									
宛名番号									