令和　　年　　月　　日

五所川原市長　佐々木　孝昌　殿

国民健康保険　資格確認書
資格情報のお知らせ　郵送願

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	五所川原市字布屋町41番地1		
氏　　名	五所　花子		
電話番号	0173-35-2111	続　　柄	本人

2．対象者

住　　所	☑ 申請者住所と同じ 五所川原市
氏　　名	五所　花子
生年月日	昭・(平)・令　10 年 4 月 1 日
世帯主氏名	五所　太郎

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	☐ 申請者住所と同じ 〒　030-8686 青森県青森市大字〇〇字△△△　99番地9
宛　　名	青森　次郎

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										