

遠

国民健康保険遠隔地被保険(該当・非該当)申請書

被保険者記号・番号					さ せ ぼ							
住所を離れる 被 保 険 者 の 氏 名	氏 名				続 柄	性	生 年 月 日					
	個人番号					男	年 月 日					
						女						
	氏 名				続 柄	性	生 年 月 日					
	個人番号					男	年 月 日					
						女						
	氏 名				続 柄	性	生 年 月 日					
	個人番号					男	年 月 日					
				女								
申請の理由 具体的に 記入して 下さい												
住所を離れる 期 間		令和 年 月 日から 令和 年 月 日まで										
備考												
上記のとおり国民健康保険法施行規則第5条の2の規定により申請します。 令和 年 月 日 世帯主 住 所 佐世保市 丁目 番地 町 番 号 氏名 個人番号 (☎ — —) 佐世保市長 様												
回	回収証		回収証の交付日									
収	元	遠										
受 付	入 力	再 調	郵 送	受領印	交 付		受 付	支 所				
					郵	即						