昭島市国民健康保険被保険者証送付先指定申請書

（あて先）昭島市長

記号番号	30　　－　　－		
住民票に 登録された 住所地	（〒196 -　　） 東京都　昭島市		
送付先住所	（〒　　-　　） 都 県　　市 区 府 道　　町 村		
送付先電話番号			
送付先宛名		世帯主との 関係	
送付先を指定する方			
指定理由 該当の番号を ○で囲み 病院名・理由を ご記入ください	１．入院中のため（ 病院名：　　） ２．その他（具体的な理由をご記入ください）		

令和５年国民健康保険被保険者証の一斉更新における被保険者証の送付先を上記のとおり指定します。

令 和５ 年　　月　　日

申請者　住所 ＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿
（世帯主）

氏名 ＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

電話 ＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

誓約書　送付先指定について貴市に迷惑をかけないことを誓約します。

令 和 ５ 年　　月　　日　　記載者氏名

身分証明書の写し　添付用紙

《 身分証明書について 》

顔写真のついた公的な有効期限の切れていないもの

例：運転免許証、パスポート、マイナンバー（個人番号）カード等

上記身分証明書をお持ちではない方は、お名前のわかる書類等の写しを２点添付してください。

例：保険証、クレジットカード、キャッシュカード、診察券 等

※代理の方が申請する場合には、代理の方の身分証明書を添付してください。