

# 別 送 先 届

被 保 険 者 ( 世 帯 主)	記 号 番 号	多 一
	住 所	多治見市
	フリカ・ナ	
	氏 名	
	生 年 月 日	明治・大正・昭和・平成 年 月 日

別 送 先	〒 一	様 方
-------------	-----	-----

多治見市長 様

上記の被保険者について、国民健康保険に係る書類の送付を上記別送先とするよう届出をします。  
 なお、本件について万一、利害関係人から異議申し立てがあった場合は、私が責任を持って解決し、  
 多治見市に対して一切迷惑をかけないことを確約します。

令和 年 月 日

届出人が世帯主の場合

届出人氏名 : \_\_\_\_\_

電話番号 : ( \_\_\_\_\_ ) \_\_\_\_\_

届出人が世帯主でない場合

届出人住所 : \_\_\_\_\_

届出人氏名 : \_\_\_\_\_

本人との関係 : \_\_\_\_\_

電話番号 : ( \_\_\_\_\_ ) \_\_\_\_\_

世帯主署名欄 国民健康保険に係る書類の送付先の届出を上記届出人に委任します。

氏 名 : \_\_\_\_\_

※ この届出には身分を証明できる書類（運転免許証等）の提示が必要となります。

受付	入力		介護保険別送
	国保	国資	