

年 月 日

神川町保険健康課長 様

国民健康保険にかかる { 保険証
保険税関係 } の送付先について
医療費等支給

このことについて、送付先を下記のとおりにしたいので申請します。

申請者住所 _____

申請者氏名 _____

受給者との続柄 () TEL _____

受給者の代わりに、通知等の受取りを委任される方の住所等をご記入ください)

郵便番号	〒	—
住所		
方書き	電話番号	
氏名		

受給者住所 _____

受給者氏名 _____ (生年月日)