

国民健康保険関係書類送付先解除申請書

送付先解除を 希望する 被保険者	被保険者番号								
	住 所								
	氏 名								
申請理由									
<p>上記のとおり送付先の解除を申請します。</p> <p>送付先の解除を希望する書類（希望のものにレ点を付けてください）</p> <p><input type="checkbox"/> 被保険者証、限度額適用・標準負担額減額認定証</p> <p><input type="checkbox"/> 保険料に関する通知 ほか</p> <p><input type="checkbox"/> 医療費通知、高額療養費などの支給決定通知 ほか</p> <p><input type="checkbox"/> その他 []</p> <p style="text-align: center;">年 月 日</p> <p style="text-align: center;">【申請者】 住 所</p> <p style="text-align: center;">氏 名</p> <p style="text-align: center;">被保険者との続柄</p> <p style="text-align: center;">電話番号 () -</p> <p>長門市長 様</p>									
受付者		本人確認書類	免許証・保険証・その他 ()						