

送 付 先（ 設 定 ・ 削 除 ） 申 出 書

令和 年 月 日

泉 佐 野 市 長 殿

届 出 人	住 所					
	氏 名		続 柄		電 話	() -

国民健康保険関係の送付物について、下記のとおり取扱いして下さるようお願いいたします。

被保険者番号			宛名番号		
住 所	泉佐野市				
世 帯 主 名					

送 付 先 住 所					
	様 方				
	電 話	()	-		

※ 送付先を削除する場合は、送付先住所欄を左斜線(＼)で表示すること。

入力日	/
削除日	/

受 付		点 検		検 収	
-----	--	-----	--	-----	--