

天草市長 様

同意者氏名

同意者氏名

同 意 書

下記の申出者（被保険者）が国民健康保険資格確認書等の性別・氏名の記載方法を変更することについて、同意いたします。

記

記号番号	記 号	天 草	番 号		
申出者	住 所				
	フリガナ				
	氏 名				
	生年月日			戸籍上の性別	
	世帯主氏名				
同意者1 (親権者又は 法定代理人)	住 所				
	フリガナ				
	氏 名				
	生年月日			連 絡 先	
同意者2 (親権者又は 法定代理人)	住 所				
	フリガナ				
	氏 名				
	生年月日			連 絡 先	