

# 太枠内にご記入ください

※ 社会保険の国民健康保険の被保険者証の被保険者証を必ず添付してください。

					証番号			
届出書					適用(開始・終了)年月日	年	月	日
氏名	続柄	性別	生年月日	個人番号	証回収	備考	適用終了	
1 伊丹 太郎	本人	男	T S H R 00.00.00	000000 000000	<input type="checkbox"/>		郵減	
2 伊丹 花子	妻	男・女	T S H R 00.00.00	000000 000000	<input type="checkbox"/>			
3 伊丹 次郎	子	男	T S H R 00.00.00	000000 000000	<input type="checkbox"/>			
4					<input type="checkbox"/>			
5					<input type="checkbox"/>			
6					<input type="checkbox"/>			
7		男・女	H R		<input type="checkbox"/>			
上記のとおり届けます 令和 00 年 00 月 00 日					証交付・高齢証	窓口 郵送(簡易・他)	09・後期移行 12・分離など	
住所 伊丹市千僧1丁目1番地					不当利得説明 済		仮精算納付 済	
記入日、ご住所、お電話番号を記入のうえ、ご捺印ください。					世帯主について、記入し認印を押印してください		手渡 送付 円	
⇒ 世帯主名 伊丹 太郎 (印)					再交付申請 ・ 記載事項変更 ・ 申請 更新		年 月 日	
個人番号 ( 0000 0000 0000 )					1・住所 2・氏名		3・申請 更新 6・証返戻分窓口交付	
伊丹市長 様 でんわ 000 △△△ □□□□					住所 伊丹市千僧1丁目1番地			
住所 伊丹市千僧1丁目1番地					届出人 伊丹 花子 (印)			
届出人 伊丹 花子 (印)					でんわ 000 △△△ □□□□			
再交付申請誓約					理由		受付	
伊丹市国民健康保険被保険者証の紛失及び再交付に伴う事故が生じた場合伊丹市には一切負担をけないことを誓約いたします。							入力 (印)	
世帯主氏名 (印)								

国民健康保険を脱退する方全員について記入してください。

届出にはマイナンバー(個人番号)の記入が必要です。  
世帯主及び手続の対象となる人のマイナンバーを記入するとともに、通知カード(紙)もしくはマイナンバーカードのコピーを同封してください。

世帯主について、記入し認印を押印してください

届出人が、世帯主以外の場合は、記入し認印を押印してください