

一般・退職・混合 擬制

※郵送手続き分(HP用)

証番号	
-----	--

国民健康保険被保険者資格	適用開始	適用終了	/	変更	再交付	学	証回収	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	適用開始	適用終了
1		男・女	T S H R	・	<input type="checkbox"/>			全失・一部減
2		男・女	T S H R	・	<input type="checkbox"/>		01・転入	06・転出
3		男・女	T S H R	・	<input type="checkbox"/>		02・出生	07・社保加入
4		男・女	T S H R	・	<input type="checkbox"/>		03・社保離脱	08・生保開始
5		男・女	T S H R	・	<input type="checkbox"/>		04・生保廃止	09・職権
6		男・女	T S H R	・	<input type="checkbox"/>		05・職権	10・死亡
7		男・女	T S H R	・	<input type="checkbox"/>		11・合併等	14・主喪失

上記のとおり届けます
令和 年 月 日

住所
記入日、ご住所、お電話番号を記入のうえ、ご捺印ください。

⇒ 世帯主名 (印)

個人番号 ()

伊丹市長 様 でんわ

住所

届出人 (印)

でんわ

証交付・高齢証	窓口 郵送(簡易・他)	
不当利得説明 済 <input type="checkbox"/>	仮精算納付 期～ 期	済手渡 送付 円
喪失後受診 有 <input type="checkbox"/>	納期限	年 月 日

再交付申請 ・ 記載事項変更 ・ 学 申請 更新

変更事項	1・住所 4・紛失 7・その他()	2・氏名 5・得喪日	3・学 申請 更新 6・証返戻分窓口交付
------	--------------------------	---------------	-------------------------

再交付申請誓約

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。

世帯主氏名 (印)

理由		受付	入力 (印)
----	--	----	--------

※健康保険資格喪失証明書のコピーを必ず添付してください。(その他の書類の場合は受付いたしません。)