

太枠内にご記入ください

証番号

届出書

適用(開始・終了)
年月日

年 月 日

※ 健康保険資格喪失証明書のコピーは受付けいたしません。

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	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			T S		<input type="checkbox"/>		
5					<input type="checkbox"/>		
6					<input type="checkbox"/>		
7		男・女	H R		<input type="checkbox"/>		

国民健康保険に加入され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。
世帯主及び手続きの対象となる方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。

上記のとおり届けます 令和 00 年 00 月 00 日 E

住所 伊丹市千僧1丁目1番地

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 伊丹 太郎 (印)

個人番号 (0000 0000 0000)

伊丹市長 様 でんわ 000 △△△ □□□□

住所 伊丹市千僧1丁目1番地

届出人 伊丹 花子 (印)

でんわ 000 △△△ □□□□

証交付・高齢証 窓口 郵送(簡易・他)

09・後期移行
12・分離など

不当利得説明 済 口

仮精算納付 済 手渡 期 送付 円

年 月 日

世帯主について記入し、認印を押印してください。

再交付申請 ・ 記載事項変更 ・ 学 申請 更新

事項 1・住所 2・氏名 3・学 申請 更新 6・証返戻分窓口交付

理由 受付 入力 (印)

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)