

※郵送手続き分

太枠内をご記入ください

保険証
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/資格確認書回収 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		マイナンバーカード(※)の 健康保険証利用登録の有無 (資格喪失時は☑不要)	個人番号	保険証 資格確認書 回収	適用開始	適用終了
1			男 ・ 女	T S H R	・ ・	☐ 有 ☐ 無		☐		全失 ・ 一部減
2			男 ・ 女	T S H R	・ ・	☐ 有 ☐ 無		☐	転入	転出
3			男 ・ 女	T S H R	・ ・	☐ 有 ☐ 無		☐	出生	死亡
4			男 ・ 女	T S H R	・ ・	☐ 有 ☐ 無		☐	社保離脱	社保加入
5			男 ・ 女	T S H R	・ ・	☐ 有 ☐ 無		☐	国組離脱	国組加入
6			男 ・ 女	T S H R	・ ・	☐ 有 ☐ 無		☐	生保廃止	生保開始
7			男 ・ 女	T S H R	・ ・	☐ 有 ☐ 無		☐	職権回復	障害認定(後期)
						☐ 有 ☐ 無		☐	分離／合併	分離／合併
伊丹市長 様				令和	年	月	日		主変更	主変更
上記のとおり届けます									その他	その他

(※)マイナンバーカードは、有効期限内かつ電子証明書(5年毎に更新が必要)が有効であるものに限りします。

不当利得説明 済 ☐		☐ 資格情報のお知らせ(枚)	
喪失後受診 有 ☐		☐ 資格確認書(枚)	
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 資格確認書返戻分窓口交付 資格情報のお知らせ
理由			受付 入力 Ⓜ

世帯主以外の 方が届出人の 場合にご記入 ください。	住所
	届出人名 (世帯主との続柄:)
	でんわ

※ 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けいたしません。)