

太 枠 内 に ご 記 入 く だ さ い

※郵送手続き分

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

適用終了

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人のマイナンバーを記入するとともに、マイナンバーカード(両面)のコピーもしくは通知カード(紙)と本人確認書類のコピーを同封してください。

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。

国民健康保険に加入いただく際には、マイナンバーカードの健康保険証利用登録の有無について、個人の状況ごとに☑をしてください。

毎に更新が必要)が有効であるものに限りです。

伊丹市長 様
上記のとおり届けます

令和 〇年 〇月 〇日

住所 伊丹市千僧1丁目1番地

世帯主名 伊丹 太郎

個人番号 (*****)

でんわ 〇〇〇-△△△-□□□□

住所 伊丹市千僧1丁目1番地

届出人名 伊丹 花子 (世帯主との続柄: 妻)

でんわ 〇〇〇-□□□-▽▽▽▽

世帯主以外の方が届出人の場合にご記入ください。

世帯主以外の方が届出人の場合にはご記入ください。

不当利得説明 済 ☐

喪失後受診 有 ☐

☐ 資格情報のお知らせ(枚)

郵送

☐ 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	2 氏名	3 (学) 申請 更新
	4 紛失	5 得喪日	6 資格確認書返戻分窓口交付
	7 その他()		資格情報のお知らせ

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。)