

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を必ず添付してください。)

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 伊丹 太郎	本人	男	T S R H R	00.00.00 000000 000000				
2 伊丹 花子	妻	女	T S R H R	00.00.00 000000 000000				
3 伊丹 次郎	子	男	T S R H R	00.00.00 000000 000000				
4			T S R					
5			T S R					
6			T S R					
7		男・女	H R					

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。

上記のとおり届けます 令和 〇〇 年 〇〇 月 〇〇 日 E

住所 伊丹市千僧1丁目1番地

記入日、ご住所 氏名、個人番号、電話番号を記入してください。 ⇒ 世帯主名 伊丹 太郎

個人番号 (0000 0000 0000)

伊丹市長 様 でんわ 〇〇〇 △△△ □□□□

住所 伊丹市千僧1丁目1番地

届出人 伊丹 花子

でんわ 〇〇〇 △△△ □□□□

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かけないことを誓約いたします。

世帯主氏名

証交付・高齢証	窓口 郵送(簡易・他)	主変更 その他	主変更 その他
不当利得説明 済 □		仮精算納付 済 手渡 送付 期~ 期	円
喪失後受診 有 □		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
理由		受付	入力 印