

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
--------------	------	---	--------------	-------

※ 社会保険の被保険者証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		男・女	T S H R	. .	<input type="checkbox"/>			全失・一部減
2		男・女	T S H R	. .	<input type="checkbox"/>		転入	転出
3		男・女	T S H R	. .	<input type="checkbox"/>		出生	死亡
4		男・女	T S H R	. .	<input type="checkbox"/>		社保離脱	社保加入
5		男・女	T S H R	. .	<input type="checkbox"/>		国組離脱	国組加入
6		男・女	T S H R	. .	<input type="checkbox"/>		生保廃止	生保開始
7		男・女	T S H R	. .	<input type="checkbox"/>		職権回復	障害認定(後期)
		男・女	T S H R	. .	<input type="checkbox"/>		分離/合併	分離/合併
							主変更	主変更
							その他	その他

上記のとおり届けます 令和 年 月 日

住所 _____

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 _____

個人番号 (_____)

伊丹市長 様 でんわ _____

住所 _____

届出人 _____

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 _____

理由	受付	入力 印
----	----	-------------