

# 国民健康保険資格取得年月日等申立書兼同意書

私( )は、\_\_\_\_\_年\_\_\_\_\_月\_\_\_\_\_日に

\_\_\_\_\_組合 の被保険者資格を喪失したことを申し立てます。

もし、申し立てた内容が、後日書類等により証明できた内容と相違した場合は、豊島区が国民健康保険の内容を修正することを了承いたします。

また、申し立てた内容について、豊島区が保険者等に対して、内容を情報照会することについて、同意いたします。

\_\_\_\_\_年\_\_\_\_\_月\_\_\_\_\_日

## 職員確認欄

情報連携			電話確認		
保険者名			確認先		担当
記号番号			電話番号		
確認	<input type="checkbox"/> エラー	<input type="checkbox"/> 未反映	記号番号		
異動日		担当	異動日		扶養 <input type="checkbox"/> 担当