

# 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

日 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
1 伊丹 太郎	本人	男・女	T S H R ** . ** . **	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	*****
2 伊丹 花子	妻	男・女	T S H R ** . ** . **	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	*****
3 伊丹 次郎	子	男・女	T S H R ** . ** . **	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	*****
4		男・女	T S	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	
5				<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	
6		男・女	H R	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	
7		男・女	T S H R	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	

国民健康保険の”被保険者番号”  
を記入してください。  
(マイナ保険証の方はマイナポータル  
または「資格情報のお知らせ」から、  
マイナ保険証でない方は国民健康保  
険の資格確認書でご確認ください。)

出生 死亡  
社保離脱 社保加入

国民健康保険を脱退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  
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。

伊丹市長 様  
上記のとおり届けます

令和 ○年 ○月 ○日

(※)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ま。

その他 その他

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 ☐

郵送

☐ 資格情報のお知らせ ( 枚)

☐ 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)

※社会保険の「資格確認書」、又は「資格情報のお知らせ」の「コピーを必ず添付してください。」