

# 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 <input checked="" type="radio"/> 適用終了 変更・再交付・ <input checked="" type="radio"/> 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		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。)			
1	伊丹 太郎	本人	男・女	T S H R	** * * * *	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	*****		<input type="checkbox"/>	出生	死亡	
2	伊丹 花子	妻	男・女	T S H R	** * * * *	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	*****		<input type="checkbox"/>	社保離脱	社保加入	
3	伊丹 次郎	子	男・女	T S H R	** * * * *	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	*****		<input type="checkbox"/>			
4			男・女	T S	.	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無			<input type="checkbox"/>			
5	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。							<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	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。			
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						
伊丹市長様 令和〇年〇月〇日 上記のとおり届けます							(※)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す。				その他	その他
住所 伊丹市千僧1丁目1番地							<input type="checkbox"/> 不当利得説明済 <input type="checkbox"/> 葵送		<input type="checkbox"/> 資格情報のお知らせ(枚)			
世帯主名 伊丹 太郎							<input type="checkbox"/> 喪失後受診 有 <input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/> 資格確認書(枚)			
個人番号 (*****)							再交付申請・記載事項変更・ <input checked="" type="radio"/> 学・申請 更新					
でんわ 〇〇〇-△△△-□□□□							変更事項	1 住 所	2 氏 名	3 <input checked="" type="radio"/> 申請 更新		
住所 伊丹市千僧1丁目1番地							4 紛失	5 得喪日	6 資格確認書返戻分窓口交付			
届出人名 伊丹 花子 (世帯主との続柄:妻)							7 その他( )	資格情報のお知らせ				
でんわ 〇〇〇-□□□-▽▽▽▽							理由	受付	入力印			
世帯主以外の方が届出人の場合にはご記入ください。												