

太枠内をご記入ください

※郵送手続き分

保険証  
番号

だ※  
さ社  
い会  
。保  
お險  
持の  
「資  
國確  
健認  
書保  
、の又  
被は  
保  
資者  
格情  
・報  
資の  
格お  
確知  
らせは  
」の  
返コ  
却ピ  
くだ  
を必  
いす  
。添  
付し  
てく

国民健康保険被保険者資格 適用開始 <b>(適用終了)</b> 変更・再交付・ <b>(学)</b> 証/資格確認書回収 届出書								適用 (開始・終了) 年月日	年 月 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		保険証 資格確認書 回収	適用開始	適用終了
1			男・女	T S H R	・・	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無			<input type="checkbox"/>		全失・一部減
2			男・女	T S H R	・・	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無			<input type="checkbox"/>	転入	
3			男・女	T S H R	・・	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無			<input type="checkbox"/>	出生	
4			男・女	T S H R	・・	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無			<input type="checkbox"/>	社保離脱	
5			男・女	T S H R	・・	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無			<input type="checkbox"/>	国組離脱	
6			男・女	T S H R	・・	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無			<input type="checkbox"/>	生保廃止	
7			男・女	T S H R	・・	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無			<input type="checkbox"/>	生保開始	
伊丹市長様 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。		主変更	主変更
											その他
								<b>不当利得説明済</b> <input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/> 資格情報のお知らせ(枚)	
								<b>喪失後受診</b> <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/> 資格確認書(枚)	
<b>再交付申請・記載事項変更・<b>(学)</b>申請更新</b>											
変更 事項	1 住 所	2 氏 名	3 <b>(学)</b> 申請更新								
	4 紛失	5 得喪日	6 資格確認書返戻分窓口交付					資格情報のお知らせ			
理由							受付	入力 <small>印</small>			
世帯主以外の方 が届出人の 場合にご記入 ください。		住所									
		届出人名		(世帯主との続柄: )							
		でんわ									