

様式第1号（第9条関係）

国民健康保険被保険者										番号																																	
住所	さいたま市 浦和区常盤6-4-4																																										
フリガナ	生年月日					性別	続柄	職業	マイナ保険証	国保区分	前期高	異動	資格取得年月日																														
被保険者氏名	マイナンバー個人番号																																										
サイタマ タロウ	昭和 47 年 1 月 1 日					男	世帯主	会社員	有・無	主擬被	Step② 国民健康保険を脱退（または加入）される方全員の、 <u>氏名・生年月日・マイナンバー・性別・続柄・職業</u> をご記入ください。 マイナンバーカードの保険証利用登録をしている場合は、マイナ保険証の有に○、利用登録をしていない、またはわからない場合は無に○をご記入ください。																																
さいたま 太郎	1	2	3	4	5	6	7	8	9	0				1	2																												
ハナコ	昭和 47 年 12 月 31 日					女	妻	無職	有・無	擬被																																	
花子	2	3	4	5	6	7	8	9	0	1	2	3																															
サクラ	平成 22 年 4 月 5 日					女	子	学生	有・無	主擬被																																	
さくら	3	4	5	6	7	8	9	0	1	2	3	4																															
	年 月 日								有	主擬																																	
	年										年 月 日																																
異動事由	11	転入	12	出生	13						年 月 日																																
	21	転出	22	死亡	23						年 月 日																																
上記のとおり届けます。										生保廃止	17	その他取得																															
										生保開始	27	その他喪失																															
<table border="1"> <tr> <td rowspan="2">世帯主</td> <td>住所</td> <td colspan="5"></td> <td><input checked="" type="checkbox"/>同上</td> <td>電話番号</td> <td colspan="3">048 (829) 1111</td> </tr> <tr> <td>氏名</td> <td colspan="5">さいたま 太郎</td> <td>マイナンバー個人番号</td> <td>1</td><td>2</td><td>3</td><td>4</td><td>5</td><td>6</td><td>7</td><td>8</td><td>9</td><td>0</td><td>1</td><td>2</td> </tr> </table>										世帯主	住所						<input checked="" type="checkbox"/> 同上	電話番号	048 (829) 1111			氏名	さいたま 太郎					マイナンバー個人番号	1	2	3	4	5	6	7	8	9	0	1	2			
世帯主	住所						<input checked="" type="checkbox"/> 同上	電話番号	048 (829) 1111																																		
	氏名	さいたま 太郎					マイナンバー個人番号	1	2	3	4	5	6	7	8	9	0	1	2																								
(宛先) さいたま市										は、下記の欄も記入してください。																																	
<p>Step④</p> <p>郵送の場合は、ポストに投函する日を、区役所または支所へ持参する場合は、来庁日をご記入ください。</p>										<input type="checkbox"/> 世帯主と同じ			世帯主との関係																														
										電話番号	()																																

※太線の中だけを記入してください。

※お届けいただいた電話番号は、保健事業で使用させていただく場合があります。

受取人氏名