

## 届出日 年 月 日

☐ 社保扶養  
☐ 任意継続  
☐ 非自発

回收 未 · 濟

被保険者番号

受領確認

受領確認

届出人	1. 本人	2. 世帯主	3. 代理人（	）
	住所			
	名前			
	電話番号		個人番号	

No.	加 入 者 氏 名 ( 個 人 番 号 )	生 年 月 日	続 柄	マイナ保険証 利用登録の有無	市記入欄
1	( )	昭 ・ 平 ・ 令 年 月 日		有 ・ 無 ・ 不明	
2	( )	昭 ・ 平 ・ 令 年 月 日		有 ・ 無 ・ 不明	
3	( )	昭 ・ 平 ・ 令 年 月 日		有 ・ 無 ・ 不明	
4	( )	昭 ・ 平 ・ 令 年 月 日		有 ・ 無 ・ 不明	
5	( )	昭 ・ 平 ・ 令 年 月 日		有 ・ 無 ・ 不明	
6	( )	昭 ・ 平 ・ 令 年 月 日		有 ・ 無 ・ 不明	

健康保険の資格情報に関する  
中間サーバーを用いた情報照会に同意します

市記入欄	国保⑥	医療⑦	年金⑩	収税⑮		