

※郵送手続き分

太枠内をご記入ください

保険証 番号			
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		全失 ・ 一部減	
転入		転出	
出生		死亡	
社保離脱		社保加入	
国組離脱		国組加入	
生保廃止		生保開始	
職権回復		障害認定(後期)	
分離／合併		分離／合併	
主変更		主変更	
その他		その他	
不当利得説明 済 □		□ 資格情報のお知らせ(枚)	
喪失後受診 有 □		□ 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 4 紛 失 7 その他()	2 氏 名 5 得喪日	3 学 申請 更新 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 印

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

伊丹市長 様
上記のとおり届けます

住所
世帯主名
個人番号 ()
でんわ

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

※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。