

国民健康保険資格

適用開始
変更届
適用終了

世帯番号	新	
	旧	
被保険者証 記号番号	新	
	旧	

世帯主	住所											
	氏名					宛名番号						
	生年月日				性別	男	個人番号					
						電話・連絡先						

区分	宛名番号		被保険者氏名			開始・変更・終了 年 月 日	区分		四公費 高齢	備考
	一般	退職	生年月日	性別	続柄		一般	退職		
1	一般	本人								
		扶養								
2	一般	本人								
		扶養								
3	一般	本人								
		扶養								
4	一般	本人								
		扶養								
5	一般	本人								
		扶養								

<備考>

適用開始・変更等				適用終了・変更等									
区分	新規	普通	1. 転入	年	月	日	区分	全部	普通	1. 転出	年	月	日
			2. 社保離脱	年	月	日				2. 社保加入	年	月	日
			3. 生保廃止	年	月	日				3. 生保開始	年	月	日
	4. 出生	年	月	日	4. 死亡	年		月	日				
	(出産金 済 未)				(葬祭費 済 未)								
	5. 後期離脱	年	月	日	5. 後期加入	年		月	日				
一部	擬制	6. その他	年	月	日	一部	擬制	6. その他	年	月	日		
		新住所・世帯主等						旧住所・世帯主等					
()				()				()					

国民健康保険被保険者証紛失届並びに誓約書 (該当者のみ)

このたび返還すべき被保険者証を (紛失・持参しなかった) ので、下記事項について誓約いたします。

記

1 返還すべき被保険者証は 年 月 日までに必ず返還します。

2 紛失した被保険者証を後日発見したときは、直ちに返還します。

3 資格適用終了後の診療については、貴町に一切負担をかけません。

() 庁舎			
本証・短期証・資証			
一般被保険者証		退職被保険者証	
<input type="checkbox"/>	交付	<input type="checkbox"/>	交付
<input type="checkbox"/>	追加	<input type="checkbox"/>	追加
<input type="checkbox"/>	変更	<input type="checkbox"/>	変更
<input type="checkbox"/>	削除	<input type="checkbox"/>	削除
<input type="checkbox"/>	回収	<input type="checkbox"/>	回収
<input type="checkbox"/>	未回収	<input type="checkbox"/>	未回収
処 理			
入力		照合	

上記のとおり届けます。

年 月 日

申請者 住所 南伊勢町

氏名

個人番号

☎ 電話 () -

南 伊 勢 町 長 様