

届出人の氏名を記載してください。

押印してください。

記載内容についてご連絡をする場合がございます。日中に連絡が取れる電話番号を記載してください。

【記入例】

本欄の中を正確に入力ください。

届出日	届出人	<input checked="" type="checkbox"/> 世帯主 <input type="checkbox"/> 本人	氏名	市川 太郎	連絡先	名称	
住所	南八幡2-20-2			フリガナ	イカワ タロウ	勤務先所在地		
			個人番号				
			フリガナ	市川 太郎	世帯主	市川 太郎		
			個人番号				
異動する人の氏名	生年月日	性別	続柄	処理区分	資格	退職	得喪年月日	事由
1. 伊カワ タロウ 市川 太郎	大 昭 平 令 55 . 1 . 1	男	主	回収 誓約 職消	被 援 学	本 人 扶 養	得 喪	世帯主
2. 伊カワ ハナコ 市川 花子	大 昭 平 令 55 . 1 . 3	女	妻	回収 誓約 職消	被 援 学	本 人 扶 養	得 喪	加入 保険
3. 伊カワ ジロウ 市川 次郎	大 昭 平 令 31 . 1 . 5	男	子	回収 誓約 職消	被 援 学	本 人 扶 養	得 喪	1. 健保 (政管・組合) 2. 共済 3. 国保組合 4. 長寿 (後期) 5. その他 ()
4.		男		回収 誓約 職消	被 援 学	本 人 扶 養	得 喪	被扶養とならない理由
5.		女		回収 誓約 職消	被 援 学	本 人 扶 養	得 喪	1. 雇用保険受給 2. 扶養申請予定 3. 収入 (月額 万円・年額 万円) (社員・アルバイト・パート) 4. 試用期間 (年月日～年月日) 5. その他 ()

世帯主の氏名を記載してください。

異動する人の欄には、国民健康保険をやめる方全員の記載が必要です。世帯主や届出人以外の同一世帯の方も一緒に手続きを取る場合には、必ずこの欄に記載して、全員の健康保険証等のコピーも添付してください。

私は、このたび医師の診察を受ける必要を感ずりましたので、被保険者証明書の交付を申請し、期間経過後はすみやかに返戻いたします。この証明書を身分証明書として使用いたしません。

申請者氏名 キャ・ク・預・その他 ()

交付区分 1. 窓口 (免・バ・在・個・住・他) 2. 普通郵便 3. 簡易書留

備考

※返納金 有 ・ 無

生保開始	職種抹消	作成区分	一般	退職
死亡 (全部・一部)	居住地特例			
その他				