

学

国民健康保険被保険者 該当 非該当 申請書

被 保 険 者 記 号 番 号	井 敦 一		
学 生 の 氏 名 生 年 月 日	平・令 年 月 日生		
個 人 コ ー ド		個 人 番 号	
該 当 ・ 非 該 当 年 月 日	年 月 日		
修学中の 学校の名 称所在地 及び修学 年限並び に在学年	学 校 名		
	所 在 地		
	修 学 年 限	年 月 日 から 年 月 日まで	
	在 学 年	学 年 在 学 中	
備 考	在学証明書を添付してください。		
上記のとおり申請します。 年 月 日 敦 賀 市 長 あ て 世帯主 住 所 敦賀市 氏 名 個人番号 連絡先			
受付・入力	担当者確認	本人確認	
		<input type="checkbox"/> 運転免許証・マイナンバーカード等 <input type="checkbox"/> 保険証・年金手帳等 <input type="checkbox"/> 住基情報 <input type="checkbox"/> その他 ()	