

遠

国民健康保険被保険者 該 当 申 請 書 非 該 当

被 保 険 者 記 号 番 号		井 敦				
住所を離れる 被保険者氏名		個人番号	生 年 月 日	性 別	続 柄	個人コード
			平・令 年 月 日	男・女		
			平・令 年 月 日	男・女		
			平・令 年 月 日	男・女		
			平・令 年 月 日	男・女		
			平・令 年 月 日	男・女		
			平・令 年 月 日	男・女		
交 付 申 請 理 由	施設入所の 場 合	名 称				
		所在地				
	旅行、出稼 ぎ等の場合	目的地				
	そ の 他					
住所を離れる期間		年 月 日 から 年 月 日まで				
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 ()		