

学

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 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	
		☐ 運転免許証・マイナンバーカード等 ☐ 資格確認書・年金手帳等 ☐ 住基情報 ☐ その他（ ）	