

取得

国民健康保険被保険者資格取得届

様式第1号

保険証記号番号		資格取得年月日			加入区分	
い串国保 ー		平成 年 月 日			新規・追加	
被保険者となる者の氏名		性別	世帯主 との 続柄	生年月日	個人番号	資格取得理由
1		男・女		昭・平 年 月 日		転入 ・ 社会保険 離脱 ・ 生活扶助 廃止 ・ 出生 ・ その他
2		男・女		昭・平 年 月 日		
3		男・女		昭・平 年 月 日		
4		男・女		昭・平 年 月 日		
5		男・女		昭・平 年 月 日		
6		男・女		昭・平 年 月 日		
7		男・女		昭・平 年 月 日		

備考

上記のとおり届けます。

平成 年 月 日

住所 いちき串木野市

(ふりがな)

世帯主

氏名

個人番号

公民館 ()

いちき串木野市長 殿 電話番号

税務課

受付

※記名押印に代えて署名することができます。