

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 一		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		昭平令 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		昭平令 年 月 日		
3	男・女		昭平令 年 月 日		
4	男・女		昭平令 年 月 日		
5	男・女		昭平令 年 月 日		
6	男・女		昭平令 年 月 日		
7	男・女		昭平令 年 月 日		

備考

上記のとおり届けます。

令和 年 月 日

住所 いちき串木野市

(世帯主)

(ふりがな)

世帯主名

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。