

受付印

決	課長	課長補佐	係長	係	取扱者
裁					

国民健康保険法第116条の2 該当 非該当 届

被保険者証記号番号		枝番
該当(非該当)年月日		令和 年 月 日
被 保 険 者	氏 名	
	住 所	
施 設 (該当時のみ記載)	名 称	
	所 在 地	

(あて先) 吉岐市長 様
 上記のとおり申請します。
 令和 年 月 日

世帯主 住所 長崎県吉岐市

氏名

電話番号

届出者 氏名

世帯主との続柄()

<本人確認書類> <input type="checkbox"/> マイナンバーカード <input type="checkbox"/> 運転免許証 <input type="checkbox"/> 運転経歴証明書 <input type="checkbox"/> 保険証 (国保 ・ 社保) <input type="checkbox"/> 年金手帳 <input type="checkbox"/> その他()	<添付書類> <input type="checkbox"/> 入所証明書 <input type="checkbox"/> その他() <受付> <input type="checkbox"/> 保険証発行 (窓口交付 ・ 郵送) <input type="checkbox"/> 有効期限 (確認済 ・ 未確認) <input type="checkbox"/> 記載住所 (確認済 ・ 未確認) <input type="checkbox"/> 送付先(世帯主宛 ・ 被保険者宛) <input type="checkbox"/> 担当者() 確認者()
--	--

受付印

決	課長	課長補佐	係長	係	取扱者
裁					

国民健康保険法第116条の2

該当
 非該当

被保険者証の番号と枝番を記入してください。

被保険者証記号番号	1234567	枝番	02
該当(非該当)年月日	令和 年 月 日		
被保険者	氏名	壱岐 花子	
	住所	長崎県〇〇市××町△△123番地	
施設 (該当時のみ記載)	名称	老人ホーム〇〇〇	
	所在地	長崎県〇〇市××町△△123番地	

該当時のみ施設の名称と所在地を記入してください。

(あて先) 壱岐市長 様
上記のとおり申請します。
令和 5年 6月 1日

世帯主 住所 長崎県壱岐市 芦辺町芦辺浦562番地

氏名 壱岐 国保 電話番号 0920-45-1157

届出者 氏名 壱岐 太郎 世帯主との続柄(子)

壱岐での世帯主の住所・氏名・連絡先を記入してください。
(届出者が世帯主以外の場合は、届出者の氏名と続柄を記入してください。)

<本人確認書類>

- マイナンバーカード
- 運転免許証
- 運転経歴証明書
- 保険証 (国保 ・ 社保)
- 年金手帳
- その他()

<添付書類>

- 入所証明書
- その他()
- <受付>
- 保険証発行 (窓口交付 ・ 郵送)
- 有効期限 (確認済 ・ 未確認)
- 記載住所 (確認済 ・ 未確認)
- 送付先(世帯主宛 ・ 被保険者宛)
- 担当者() 確認者()