

課 長	係 長	係	合 議

## 国民健康保険被保険者資格取得届書

被保険者証記号番号	留萌	適用開始年月日	年 月 日
-----------	----	---------	-------

世帯主 (届出人)	世帯主住所	留萌市			全部 ・ 一部
	世帯主氏名				普主 ・ 擬主
	主電話番号	( )			1. 転 入 2. 社保離脱 3. 国組離脱 4. 生保廃止 5. 出 生 6. 世帯変更 7.

	(フリガナ)	性別	続柄	生 年 月 日	個人番号	
	被 保 険 者 氏 名					
1		男 ・ 女		昭 平 令 ・ ・		
2		男 ・ 女		昭 平 令 ・ ・		
3		男 ・ 女		昭 平 令 ・ ・		確認欄
4		男 ・ 女		昭 平 令 ・ ・		1. 乳 び 重 (15歳以下確認)
5		男 ・ 女		昭 平 令 ・ ・		2. 国 年 取 得 (59歳以下確認)
						3. 旧国非該当 4. 旧被扶該当 5. 非失該当

届出年月日 (今日の日付)	年 月 日
------------------	-------

窓口 に 来 た 方	区 分	1. 世帯主本人<以下不要> 2. 同じ世帯の方<住所不要> 3. その他(関係: )		
	住 所			
	氏 名		電話番号	( )

留 萌 市 長 様

※ 太わくの中だけを記入してください。