

決 裁	課 長	課長補佐	係 長	主 査	係

国民健康保険被保険者資格取得申請書

記 号 番 号		083		資格取得年月日		年 月 日	
加 入 区 分		新 規 ・ 一 ・ 部		世帯主の被保険者資格		有 無	
宛名番号	マイナンバー	氏 名 (フリガナ)	生 年 月 日	性別	続 柄	適用事由	
		()	昭和 平成 令和 年 月 日	男・女			
		()	昭和 平成 令和 年 月 日	男・女			
		()	昭和 平成 令和 年 月 日	男・女			
		()	昭和 平成 令和 年 月 日	男・女			
		()	昭和 平成 令和 年 月 日	男・女			
		()	昭和 平成 令和 年 月 日	男・女			
		()	昭和 平成 令和 年 月 日	男・女			
資 格 取 得 事 由	① 転 入	年 月 日	⑤ 転 居	年 月 日			
	② 社保離脱	年 月 日	⑥ 擬主死亡	年 月 日			
	③ 生保廃止	年 月 日	⑦ 世帯分離	年 月 日			
	④ 出 生	年 月 日	⑧ そ の 他	年 月 日			

上記のとおり申請します。

連絡先TEL

-

-

※ 提供したマイナンバーについて、
利用目的の範囲内で利用する
ことに同意します。

令和 年 月 日

住所 田川郡福智町

世帯主氏名

福智町長 殿

世帯主マイナンバー * * * * *

届出人氏名

処 理	被保険者台帳	更正通知	納付書・口座	税務協議	マイナンバー確認	対 応 者
連絡事項						
本人確認書類	☐ 免許証 ☐ マイナカード ☐ その他				マイナ保険証 利用の有無	有 無
	() () () ()					