

国民健康保険資格取得届

印西市長宛

届出人氏名
電話番号

個人番号

国保記号番号	印	届出年月日	年 月 日		世帯主氏名											
住 所	印西市				世帯区分	普 通 ・ 擬 制										
被 保 険 者 名	生 年 月 日			マイナンバーカード(※)の 健康保険証利用登録の有無	資 格 取 得 年 月 日	資 格 取 得 事 由	資 格 確 認 書 等 交 付 年 月 日									
	個 人 番 号															
	昭・平・令 年 月 日			有 ・ 無	年 月 日	社保脱 本・扶	年 月 日									
	昭・平・令 年 月 日			有 ・ 無	年 月 日	社保脱 本・扶	年 月 日									
	昭・平・令 年 月 日			有 ・ 無	年 月 日	社保脱 本・扶	年 月 日									
	昭・平・令 年 月 日			有 ・ 無	年 月 日	社保脱 本・扶	年 月 日									
	昭・平・令 年 月 日			有 ・ 無	年 月 日	社保脱 本・扶	年 月 日									
	昭・平・令 年 月 日			有 ・ 無	年 月 日	社保脱 本・扶	年 月 日									

※ マイナンバーカードは、有効期限内かつ電子証明書(5年毎に更新が必要)が有効であるものに限りです。

確 認 書 類		取扱者	入力	交 付	発送日
免・パ・マイナ 在カ・その他 ()	No.		未 ・ 済	未 ・ 済	