

該 当
 国民健康保険法 第 1 1 6 条 非 該 当 届
 (㊟ 被 保 険 者 証) 内 容 変 更

被 保 険 者 証 記 号 番 号	<table border="1" style="width: 100%; height: 30px; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 12.5%;"></td> <td style="width: 12.5%;"></td> <td style="width: 12.5%;"></td> <td style="width: 12.5%;"></td> <td style="width: 12.5%;"></td> <td style="width: 12.5%;"></td> <td style="width: 12.5%;"></td> <td style="width: 12.5%;"></td> </tr> </table>								

入 学 年 月 日	平成 年 月 日	※被保険者証 訂正年月日	平成 年 月 日	平成 年 月 日
-----------	----------	-----------------	----------	----------

卒 業 (退 学) 年 月 日	平成 年 月 日	※被保険者証 回収年月日	平成 年 月 日	平成 年 月 日
-------------------	----------	-----------------	----------	----------

住 所 等 の 変 更 年 月 日	平成 年 月 日	※被保険者証 訂正年月日	平成 年 月 日	平成 年 月 日
-------------------	----------	-----------------	----------	----------

該 当 と な る 被 保 険 者	氏 名		生 年 月 日	昭和 平成 年 月 日	
	個 人 番 号				
	住 所	都 道 府 県	区 市 町 村		

学 校	名 称			
	所 在 地	都 道 府 県	区 市 町 村	
	在 学 期 間	入 学 年 月 日	平成 年 月 日	卒 業 ・ 退 学 年 月 日
(該 当 の 場 合 は 見 込 日)				

摘 要	確認書類 該 当 の 場 合 : <input type="checkbox"/> 在 学 証 明 書 <input type="checkbox"/> そ の 他 () 非 該 当 の 場 合 : <input type="checkbox"/> 卒 業 (退 学) 証 明 書 (証 書) <input type="checkbox"/> そ の 他 ()
-----	--

上記のとおり申請します。(届けます。)
平成 年 月 日

住 所
世帯主
氏 名 ㊟
個人番号

神石高原町長様

届けに必要な書類 世帯に交付されている被保険者証 確認書類 (写 し) 印鑑

本 庁	町 長	副 町 長	課 長	課 長 補 佐	係 長	係 員	担 当 者	本 庁 受 付 欄
	摘 要							
支 所	支 所 長	課 長	課 長 補 佐	係 長	係 員	担 当 者	支 所 受 付 欄	
	摘 要 (受 付 処 理 の 状 況)							