



該 当

国民健康保険法第 1 1 6 条 届

非該当

No. _____

被保険者証 記号番号	御	有効期間	平成 年 月 日～ 平成 年 月 日										
該当被保険者	住 所												
	氏 名												
	生年月日	年 月 日 生											
	個人番号												
学 校	名 称												
	所 在 地												
	在 学 年	年 (年制)											
平成 年 月 日													
世帯主 住 所 御宿町													
氏 名 ㊟													
個人番号													
電話番号													
御宿町長 あて													

※処理欄	番号確認：番号カ・通知カ・住民票・他() 身分確認：(1点)番号カ・免・旅券・他() (2点)通知カ・保・他()	台帳 確認		被保険 者証	
------	---	----------	--	-----------	--