

決 裁	課 長	課長補佐	係 長	係	受付者

遠

国民健康保険法施行規則第6条の2申請書

被 保 険 者 証 記 号 番 号												
個 人 番 号												
住 所 を 離 れ る 被 保 険 者 名					男 女	年 月 日						
交 付 申 請 の 理 由												
住 所 を 離 れ る 期 間	年 月 日 から			年 月 日 までの 月 間								

上記のとおり申請します。

年 月 日

住 所 愛南町

電話 —

世帯主氏名

印

(記入者氏名 (続柄))
(同世帯員のみ)

愛南町長

殿

窓口に来た方の 本人確認	1点確認： <input type="checkbox"/> 運転免許証 <input type="checkbox"/> 個人番号カード <input type="checkbox"/> 各種手帳等 2点確認： <input type="checkbox"/> 保険証 (国保・社保・介護) <input type="checkbox"/> 預金通帳 <input type="checkbox"/> 年金証書等 <input type="checkbox"/> その他 ()
遠隔地該当の方の 番号及び本人確認	<input type="checkbox"/> 個人番号カード <input type="checkbox"/> 通知カード <input type="checkbox"/> 個人番号記載の住民票 上記確認書類 (. .)