**申　　立　　書**

（国民健康保険資格取得・喪失証明書）

い　わ　き　市　長　様

申立人

住　　所

電話番号　　　　　　（　　　　）

　国民健康保険資格（　　取得　　・　　喪失　　）証明書の交付について依頼申し立てます。

○　国保番号　　　島８－

○　証明が必要なもの

氏名　　　　　　　　　　　　　　　　　　　生年月日　　　　　　　年　　　月　　　日

氏名　　　　　　　　　　　　　　　　　　　生年月日　　　　　　　年　　　月　　　日

氏名　　　　　　　　　　　　　　　　　　　生年月日　　　　　　　年　　　月　　　日

氏名　　　　　　　　　　　　　　　　　　　生年月日　　　　　　　年　　　月　　　日

氏名　　　　　　　　　　　　　　　　　　　生年月日　　　　　　　年　　　月　　　日

* 必要な理由

（　他保険加入手続きに必要なため　・　医療機関等に提出するため　・　　その他　　）

　（その他）

○　送付先　（　　世帯主宛て　　　・　　　その他　　）

〒（　　　　　－　　　　　　　）

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　宛て

**申　　立　　書**

記載例

（国民健康保険資格取得・喪失証明書）

い　わ　き　市　長　様

申立人　　　　磐　城　太　郎

住　　所　　　いわき市平字梅本２１番地

電話番号　　　0246　　（　22　）　1111

　国民健康保険資格（　　取得　　・　　喪失　　）証明書の交付について依頼申し立てます。

○　国保番号　　　島８－　　　888888

証明が必要な期間が複数ある場合は、

その国保番号を全て記入してください

○　証明が必要なもの

氏名　　磐城　花子　　　　　　　　　　　生年月日　　昭和41　年　５　月　１　日

氏名　　　　　　　　　　　　　　　　　　　生年月日　　　　　　　年　　　月　　　日

氏名　　　　　　　　　　　　　　　　　　　生年月日　　　　　　　年　　　月　　　日

氏名　　　　　　　　　　　　　　　　　　　生年月日　　　　　　　年　　　月　　　日

氏名　　　　　　　　　　　　　　　　　　　生年月日　　　　　　　年　　　月　　　日

* 必要な理由

（　他保険加入手続きに必要なため　・　医療機関等に提出するため　・　　その他　　）

　（その他）

○　送付先　（　　世帯主宛て　　　・　　　その他　　）

〒（　　100　－　0014　）

※必ず記入してください

　　　　東京都千代田区永田町一丁目７番１号

　　　　　磐城　花子　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　宛て