



国民健康保険法第 116 条 適用・非適用 届

松川町長 様

年 月 日

届出人 (世帯主)

窓口に来た方

住 所

※ 世帯主の場合、記入は不要です。

氏 名

㊞

氏 名

個人番号

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

世帯主と
の 続 柄

電 話

下記のとおり届け出します。

被保険者証 の記号番号	松 川 ・		1. 一般 2. 退職本人 3. 退職家族
被 保 険 者	住 所		
	氏 名		
	個人番号		
	生年月日	年 月 日	
適 用	学 校	名 称	
		所 在 地	
		修 学 年 限 (卒業に必要な年数)	年
		在 学 年 (現在の在籍期間)	年
		適 用 年 月 日 (転出日)	年 月 日
		卒 業 (予 定) 年 月 日	年 月 日
非 適 用	適用を終了 (卒業等) する日		年 月 日
	居 住 地	都・道 府・県	市・区 町・村 番地
	就 職 先 等 の 健 康 保 険 被 保 険 者 証		<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無

***** 以下、市町村自由使用欄 *****

処理伺い

上記のとおり申請がありましたので、マル学の被保険者証を発行してよろしいか伺います。

受付年月日	年 月 日	決 裁		
証明書等確認		課長	係長	係
備考				

委任状

松川町長 様

年 月 日

申請者 (委任をする人)	住 所
	氏 名 印
	電 話

私は、下記の者を代理人と定め、次の事項を委任します。

松川町国民健康保険の

4 その他の事項 (国民健康保険法第 116 条 適用・非適用) に関すること

代理人 (委任を受けた人)	住 所
	氏 名
	電 話

***** 以下の欄は、記入不要です。 *****

来庁者の確認	(1点確認)
	① <input type="checkbox"/> 個人番号カード
	② <input type="checkbox"/> 運転免許証・運転経歴証明書 <input type="checkbox"/> 旅券 (パスポート) <input type="checkbox"/> () 手帳 <input type="checkbox"/> 在留カード <input type="checkbox"/> 特別永住証明書
	③ <input type="checkbox"/> 官公署から発行・発給された写真付の証等 () <氏名、生年月日又は住所記載のもの>
	【①・③の証の発行・登録番号等.....】
(2点確認)	
④ ア <input type="checkbox"/> 被保険者証 <input type="checkbox"/> 年金手帳 <input type="checkbox"/> 児童手当・児童扶養手当証書 イ 官公署・個人番号利用事務実施者・個人番号利用事務関係者発行の書類等 <氏名、生年月日又は住所記載のもの> <input type="checkbox"/> 被保険者証 <input type="checkbox"/> 国保税納税通知書等 <input type="checkbox"/> 証書 (手帳) 証・種類名等 (.....)	
【④の証・書類の発行・登録番号等.....】	
⑤ その他の書類等 (.....)	