様式第9号（第10条関係）

者証

被保険者の資格に係る事実の確認書交付申請書

丸亀市長　　宛

（世帯主）　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　年　　月　　日

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 住　所 | （連絡先　　　　　　　　　　　） | | | | | | | | | | | | | |
| 氏　名 |  | 個人番号 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

（窓口に来た方が世帯主以外の場合は、下記も記入してください。）

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 住　所 | １　同一世帯  ２　別世帯 ※委任状が必要です。  住所 | | | |
| 氏　名 |  | 世帯主との続柄 |  | 連絡先  （　　　　　　　） |

国民健康保険法(昭和33年法律第192号)の規定により、被保険者の資格に係る事実の確認書の交付を申請します。

※下の枠内は、交付を希望する方について記入してください。

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 世帯主との  続柄 | 氏　　　　名 | 生年月日 | 個人番号 | | | | | | | | | | | |
|  |  | 年　月　日 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  | 年　月　日 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  | 年　月　日 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  | 年　月　日 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  | 年　月　日 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 備　　考 |  | | | | | | | | | | | | | |