

# 国民健康保険証明申請書

(提出先) 足立区長

下記のとおり申請します。

令和 年 月 日

どなたの証明が必要ですか	必要枚数	枚
	記号番号	21 - -
	住所	足立区
	フリガナ	
	氏名(被保険者)	
	適用開始年月日	年 月 日
	適用終了月日	年 月 日
	使用目的	

窓口に来た方(あてはまる数字に○をし、必要事項を記入してください)		
1 本人 (上記と同じ住所の場合、電話のみ記入)	2 同世帯の親族(続柄) (上記と同じ住所の場合、氏名と電話を記入)	3 その他( ) (住所・氏名・電話を記入) <b>※委任状が必要です</b>
住所		
フリガナ		
氏名		
電話番号	- -	

----- 以下、職員記入欄 -----

その他	本人・同世帯	確認資料
1点	1点	<input type="checkbox"/> 保険 <input type="checkbox"/> 運 <input type="checkbox"/> パ <input type="checkbox"/> 住B <input type="checkbox"/> 在留 <input type="checkbox"/> 他( )
2点	2点	<input type="checkbox"/> 公領 <input type="checkbox"/> 郵 <input type="checkbox"/> カード(ク・キ) <input type="checkbox"/> 診 <input type="checkbox"/> 他( )
	聴聞	<input type="checkbox"/> E <input type="checkbox"/> Z <input type="checkbox"/> K <input type="checkbox"/> KB ※2点の内1点の場合は聴聞2項目以上
委任状		<input type="checkbox"/> 委任状
チェックリスト		<input type="checkbox"/> 記入の不備無し <input type="checkbox"/> 国民健康保険証明書 <input type="checkbox"/> 画面ハードコピー

足区国証第 号					
区民部国民健康保険課庶務係					
決定	課長	起案	係長	確認	受付

収 受 印