様式第２号

遠　・　学

国民健康保険被保険者証　交付　・　廃止　申請書

※太枠内をご記入ください。

記号番号	糸　国			
申請者（窓口に来た方）	氏　名（署名）	※世帯主から見た関係【　　】		
	住　所	糸満市　　□　世帯主と同じ		
	電話番号			
住所を離れる被保険者	氏　名			
	生年月日	昭・平・令　　.　　.	個人番号	
	現住所			
	施設名（学校名）			
該当日	令和　　年　　月　　日			
申請の理由	□　学生　・何年制の学校ですか　　年制 ・現在何年生ですか　　年生　（３月申請の場合は新年度の学年を記入） □　卒業等 □　入院・入所 □　退院・退所 □　その他　（　　）			

糸満市長　殿

上記のとおり申請します。

令和　　年　　月　　日

世帯主氏名

世帯主住所

世帯主個人番号

※市処理欄

【 確認書類 】　□　在園（入所）証明書　□　在学（入学）証明書　□　届出年度の学費領収書　□学生証

□　その他（　　）

資格担当	賦課担当	受　付