

非 該 当

# 国民健康保険( 学 ・ 遠 )非該当届

記号番号は、被保険者証【右上5ケタ】と【枝番2ケタ】の番号を記入して下さい。

被 保 険 者 証 記 号 番 号	大 村 ー	枝 番	世帯主との 続 柄	
非該当者の 氏 名			生年月日	年 月 日
非該当者の個人番号 (マイナンバー)			非該当 年月日	年 月 日
非該当となった理 由 (卒業、退所、社保加入、 大村市への再転入など)				
世帯主の個人番号 (マイナンバー)			連絡先 電話番号	- -
世 帯 主 の 氏 名			生年月日	年 月 日
世帯主の住所				
大村市長 殿 上記のとおり、非該当となりましたので届けます。 年 月 日  届出人 住所 _____ 氏名 _____ (世帯主との続柄: )				

※添付書類 → 郵送で提出する場合は、本人確認書類の写し及び非該当年月日がわかるもの(コピー可)を添付してください  
施設(病院等を含む)退所した場合・・・退所証明書または退所日がわかるもの  
卒業、退学の場合・・・卒業・退学証明書(証明日が申請年度の4月1日以降のもの)  
社保に加入した場合・・・社保証のコピー

伺	課 長	係 長	係

本人確認	
(1つで確認) <input type="checkbox"/> 免許証 <input type="checkbox"/> 個人番号 カード <input type="checkbox"/> パスポート <input checkbox"="" type="checkbox/&gt;( )&lt;/td&gt;&lt;td&gt;(2つで確認)&lt;br/&gt;&lt;input type="/> 被保険者証 <input type="checkbox"/> キャッシュ・ クレジットカード <input 620="" 882="" 896"="" 90="" data-label="Text" type="checkbox/&gt;( )&lt;/td&gt;&lt;/tr&gt;&lt;/table&gt;&lt;/div&gt;&lt;div data-bbox="/> <p>このとおり届出がありましたので、(マル学/マル遠)を非該当としてよろしいか</p>	