

被・期

国民健康保険【被保険者証明書・期間証明書】申請書

届出日

令和 年 月 日

交付書類

被保険者証明書 ・ 期間証明書

保険番号

氏 名	性 別	生 年 月 日	個 人 番 号
	男・女	昭・平・令 年 月 日	
	男・女	昭・平・令 年 月 日	
	男・女	昭・平・令 年 月 日	
	男・女	昭・平・令 年 月 日	
	男・女	昭・平・令 年 月 日	
	男・女	昭・平・令 年 月 日	

被保険者証明書	有効期限	令和 年 月 日まで
期間証明書	使用目的	

国民健康保険被保険者証明書・期間証明書の交付を申請いたします。

柏 市 長 あ て

申 請 者

住 所	
氏 名	世帯主との続柄()
電 話 番 号	()
個 人 番 号	

事務処理欄

本人確認(期間証明書交付時) ※1 番号を控える ※2 コピーを取る		運転免許証 (No.)		
		マイナンバーカード ・ パスポート ・ 在留カード ・ その他 ☐ コピー有り		
		委任状 有り (代理人による申請の場合のみ)		
短期	該当 ※収納相談 (済 ・ 未済)	交 付	備考	受付印
	非該当	未 交 付 (郵 送)		
				受付者 ()