

お越しの方 窓口に	氏名			電話			
	住所						
	世帯主から見た関係	<input type="checkbox"/> 世帯主本人口世帯員( ) <input type="checkbox"/> その他( )					
異動事由	異動年月日	届出年月日					

行政世帯			住所						世帯主	氏名						
記号番号										個人番号						

No.	氏名(フリガナ)				世帯主との続柄				国保				特別療養	食事減額認定	特定疾病認定	加入届出書								
1																				※太枠内を記入してください。				
	生年月日			性別	男女	外		除		職業	<input type="checkbox"/> 無職 <input type="checkbox"/> 自営業 <input type="checkbox"/> 社会保険なし <input type="checkbox"/> パート・アルバイト <input type="checkbox"/> 学生その他					住民な日		※世帯主も加入するときは、 該当者欄は世帯主から 記入してください。						
												<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無												
2																				※提出前に添付書類を確認 してください。				
	生年月日			性別	男女	外		除		職業	<input type="checkbox"/> 無職 <input type="checkbox"/> 自営業 <input type="checkbox"/> 社会保険なし <input type="checkbox"/> パート・アルバイト <input type="checkbox"/> 学生その他					住民な日		<input type="checkbox"/> 社会保険資格喪失証明書 (コピー)						
												<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無												
3																				※本人確認書類(コピー)				
	生年月日			性別	男女	外		除		職業	<input type="checkbox"/> 無職 <input type="checkbox"/> 自営業 <input type="checkbox"/> 社会保険なし <input type="checkbox"/> パート・アルバイト <input type="checkbox"/> 学生その他					住民な日								
												<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無												
4																								
	生年月日			性別	男女	外		除		職業	<input type="checkbox"/> 無職 <input type="checkbox"/> 自営業 <input type="checkbox"/> 社会保険なし <input type="checkbox"/> パート・アルバイト <input type="checkbox"/> 学生その他					住民な日								
												<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無												
5																								
	生年月日			性別	男女	外		除		職業	<input type="checkbox"/> 無職 <input type="checkbox"/> 自営業 <input type="checkbox"/> 社会保険なし <input type="checkbox"/> パート・アルバイト <input type="checkbox"/> 学生その他					住民な日								
												<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無												

受領サイン	
-------	--