

特 定 同 一 世 帯 所 属 者 証 明 書

発行年月日 年 月 日発行

世 帯 主	氏 名	
	生年月日	年 月 日
特 定 同 一 世 帯 所 属 者	氏 名	
	生年月日	年 月 日
	特定同一世帯 所属者に該当 した年月日	年 月 日
交 付 者	保険者番号 並びに交付 者の名称及 び印	<div style="display: flex; align-items: center; justify-content: space-around;"> <div style="border: 2px solid black; padding: 10px; text-align: center;">印</div> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px;"> <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div>〇〇市</div> <div style="display: flex; border-bottom: 1px solid black; width: 100px;"> <div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></div> <div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></div> <div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></div> <div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></div> <div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></div> <div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></div> </div> </div> </div> </div>

注意事項

1. 転出する前に国民健康保険の世帯主であった者が、転入した市町村においても引き続き国民健康保険の世帯主となる場合には、必ずこの連絡票を提出してください。
2. この連絡票を破り、よごし、又は失ったときは、ただちにこの連絡票を発行した市町村に再発行を申請してください。
3. この連絡票を破り、又はよごした場合の2の申請には、その連絡票を添えて申請してください。