課　　長	課長補佐	係長	係

国民健康保険 (学) 適用届書

被保険者証記号番号	記号	五所川原	番号									被保険者証添付の有無
住所を離れる被保険者	氏　　名	性別	続柄	生　年　月　日 マイナンバー								
		男・女		昭和・平成・令和　　年　月　日								有　無
		男・女		昭和・平成・令和　　年　月　日								(学)保険証
		男・女		昭和・平成・令和　　年　月　日								交付　回収

学　　校　　名			
転　　出　　先			
修　業　年　限	年	在　学　年	年

上記のとおり申請します。

令和　　年　　月　　日

世帯主　住所　　五所川原市

氏名　　印

TEL　　－　　－

マイナンバー

五所川原市長　　殿

No.