

別記
第1号様式

国民健康保険 被保険者・退職被保険者 適用終了証明申請書

申請日 年 月 日

(宛先) 大田区長

申請者 〔窓口に 来た人〕	住所 (現住所)	
	フリガナ	電話番号
	氏名	

※転出している場合は、転出先のご住所をご記入ください。
※代理人(同一世帯でない方)が申請する場合、委任状と本人確認書類が必要です。

下記の者につき、適用終了証明書の交付申請をします。

世帯主	住所	同上	大田区	
	氏名	同上 (世帯主)	生年月日 年 月 日	
証明を 受ける方	氏名		生年月日	
			年 月 日	
			年 月 日	
申請理由	1 勤務先への提出			
	2 医療機関への提出			
	3 その他 ()			
必要枚数	枚	※証明書手数料は1枚300円です。		

申請時には次の本人確認書類を提示してください。 保険証・運転免許証・在留カード・個人番号カード・旅券・その他 ()

※区処理欄

記号番号 — 証明書発行番号 No. 証明手数料 枚 円	資格係	管理係		課長
	係員	係員	係長	