国民健康保険加入期間証明願

被保険者 記号番号	島 93－	資格取得 年月日	年　月　日
		資格喪失 年月日	年　月　日
該当者氏名		生年月日	年　月　日
	－　－		
交付方法	・窓口交付（来庁者：　　） 電話番号：　　―　　― ・郵送（〒　　―　　）※原則：住民票上の住所へ送付 送付先：		

上記のとおり届け出ます。

年　月　日

〒　　―

住　所

申請者

氏　名　　印

個人番号　－　－

電話番号

伊達市長　様

担当者記入欄

受付担当者名		備考	
本人確認（必須）	マイナンバーカード・免許証 その他（　　）		