

取 得 届
保 險 資 格 喪 失

被保険者の記号番号					
資格取得・喪失年月日		年 月 日			
個人番号	氏 名	生 年 月 日	年 齢	性 別	続 柄
		昭・平 令 年 月 日	歳	男・女	
		昭・平 令 年 月 日	歳	男・女	
		昭・平 令 年 月 日	歳	男・女	
		昭・平 令 年 月 日	歳	男・女	
		昭・平 令 年 月 日	歳	男・女	
		昭・平 令 年 月 日	歳	男・女	
		昭・平 令 年 月 日	歳	男・女	
理由 ・社保加入 ・社保離脱 ・その他()		備考 ・口座振替勧奨及び説明 <input type="checkbox"/>		電話番号	

上記のとおり申請します。

令和 年 月 日

個人番号

住 所

高原町大字西・蒲・広・後

番地

世帯主

氏 名



高原町長 殿

回 収	作 成 交 付	訂 正 交 付	入 力 月 日