

甲斐市国民健康保険特例被保険者申請書

被保険者証の記号・番号	カイー
特例被保険者の氏名	
生 年 月 日	昭和・平成 年 月 日
離 職 年 月 日	平成・令和 年 月 日
離 職 コード	
<p>上記のとおり申請します。</p> <p style="text-align: right;">令和 年 月 日</p> <p>世帯主</p> <p>氏名 _____ (印)</p> <p>住所 甲斐市 _____</p> <p>電話番号 _____</p> <p>申請者</p> <p>1. 世帯主⇒以下の記入は不要です。 2. 申請者本人 3. 世帯員 4. 代理人（委任状添付）</p> <p>氏名 _____ (印)</p> <p>電話番号 _____</p> <p style="text-align: center;">甲 斐 市 長 様</p>	
<p>(添付書類) 雇用保険受給資格者証写し</p>	

