



伺	起案年月日		年 月 日		
	下記のとおり交付してよろしいかお伺いします。				
決定	課長	主幹	係長	決定年月日	起案者
				年 月 日	⑩

国民健康保険退職被保険者被扶養者認定~~(取消)~~申告書

被保険者証 記号・番号	伊		退職被保 険者との 続 柄	扶養の用件を備え又は欠くことに至 った事柄	
	性別	職業 年間推計収入額		扶養(取消) 年 月 日	扶養(取消)の事由
大・昭 年 月 日	男 ・ 女 円		年 月 日	
大・昭 年 月 日	男 ・ 女 円		年 月 日	
大・昭 年 月 日	男 ・ 女 円		年 月 日	
大・昭 年 月 日	男 ・ 女 円		年 月 日	

- (注) 1. 「年間推計収入額」は恒久的な収入として見込まれる勤労、資産事業、その他所得の推計額を記入して下さい。
2. 配偶者又は、18歳未満若しくは重度障害である子以外の者は、扶養の事実を証する書類を添付して下さい。

上記のとおりお届けします。

平成 年 月 日

世帯主 住所 伊根町字
氏名

番地
⑩

伊 根 町 長 様