

課 長		班 長		担 当	
--------	--	--------	--	--------	--

被 保 険 者 証 交 付 申 請 書

年 月 日

潟 上 市 長 様

被保険者証番号 _____

個人番号 _____

住 所 潟上市 _____

世帯主(届出人)
氏 名 _____

電 話 番 号 _____

下記のとおり、被保険者証の交付を申請いたします。

記

学 生 氏 名		学 生 個 人 番 号	
学 校 名			
学 部 学 科			
現 在 の 学 年	第 学 年		
卒 業 予 定 年 月 日	年 月		

学生の住所 _____

受 付 者	届 出 人 確 認 欄

申 請 委 任 欄	本申請を届出人に委任します。
	世帯主 個人番号
	住 所
	氏 名