

学 資格確認書交付申請書

令和 ××年 ××月 ××日

(あて先) 小松市長

住所 小松市 □□町 □□番地

世帯主 氏名 小松 桜子 印

(署名または記名押印)

個人番号 1 2 3 4 5 6 7 8 9 1 0 1 1

電話 (××) ××-××××

下記学校に在学中のため、必要書類を添えて学 資格確認書の交付を申請します。

学生氏名	小松 桜子 男・女	被保険者 記号・番号	小
個人番号	1 2 3 4 5 6 7 8 9 1 0 1 1	生年月日	××××年 ××月 ××日生
学校名	□□学校		
学校の住所	□□県□□市□□町□□番地		
現在	1 学年 在学中		
適用年月日	令和 ××年 ××月 ××日		
卒業予定	令和 ××年 3 月 31日		

※ 申請書に記載の卒業予定日で国民健康保険の加入資格は切れます。

上級学校へ進学等により続けて学 資格確認書が必要な場合は改めて申請してください。