

受 付

常務理事	事務長	次長	係

認定対象者欄	被保険者証 記号番号			9								(枝番)の後にある2桁は記入しないでください						
	対象者氏名	(フリガナ)										組合員との続柄		本人・家族				
	生年月日	昭和・平成・令和					年			月			日					
	マイナンバー (個人番号)																	
	入院の場 合予定期間	令和 年 月 日 ~ 令和 年 月 日																
	下記住所とは別のところ に送付を希望する場合はその送付先	〒 —										宛 名		続柄		電話 () —		

静岡県医師国民健康保険組合理事長 様

- ※個人番号の利用目的について

※組合記入欄

交付年月日	令和 年 月 日	発効期日	令和 年 月 日	有効期限	令和 年 月 日
所得区分	ア・イ・ウ・エ・オ ・ 現役並みⅡ ・ 現役並みⅠ				

ア 901万超 イ 600万超～901万以下 ウ 210万超～600万以下 エ 210万以下 オ 非課税