（別紙１）

古河市の国民健康保険事業の運営に関する協議会委員申込書

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 住所 | 〒  古河市 | |
| フリガナ |  | 電話番号 |
| 氏名 |  |  |
| 生年月日 | 昭和・平成　　　　年　　　　月　　　　日　　　（　　　歳） | |
| 国民健康保険  に関する作文 |  | |

　※　国民健康保険に関する作文は、選考時の評価対象になります。記入欄が足りない場合は、任意の様式に記入し

　　　添付してください。

　※　この申込書により知り得た情報は本審査にのみ使用し、その目的以外には利用しません。

　私は次の事項について誓約し、上記のとおり申込みます。

　（すべての□に✓がない場合、申込書の受付ができません。）

　申込日　令和　　年　　月　　日

　　□本申込書の内容は、事実と相違ありません。

　　□古河市の国民健康保険事業の運営に関する協議会委員の応募資格(※１)を満たしています。

　　□市税の滞納がない世帯に属する者でないことを確認するため、市が世帯の滞納状況を調査

することに同意します。

(※１)古河市の国民健康保険事業の運営に関する協議会委員　応募資格

　①古河市国民健康保険の被保険者であること。　　　　　　　　　　⑤平日の昼間の会議に出席できること。

　②古河市在住で任期の初日に年齢満18歳以上であること。　 　　　⑥保険医または保険薬剤師でないこと。

　③任期中に後期高齢者医療制度に移行が見込まれないこと。　　　　⑦国、地方公共団体の議員又は常勤の公務員でない

④市税及び国民健康保険税の滞納がない世帯に属する者であること。　こと。