

国民健康保険被保険者資格

取得届  
 喪失届

適用開始届  
 適用終了届

※太線  の枠内にご記入ください。

|  |   |   |  |   |   |
|--|---|---|--|---|---|
| 被保険者<br>記号番号                                       |   |   | 異動年月日  | 平成<br>令和  | 年 月 日   |
| 取得区分   | <input type="checkbox"/> 新規 <input type="checkbox"/> 追加 | 喪失区分                                      |  |   | <input type="checkbox"/> 全部 <input type="checkbox"/> 一部   |
| 氏 名  | 続柄  | 性別  | 生 年 月 日  | マイナ保険証<br>登録の有無   | 異動事由  |
| 1<br>フリガナ イイヅカ タロウ<br>飯塚 太郎<br>個人番号 △△△△ △△△△ △△△△ | 世帯主   | 男・女<br><input checked="" type="radio"/> 男 | 昭和<br><input checked="" type="radio"/> 平成 ▲年▲月▲日<br>令和 | *喪失時はチェック不要<br><input checked="" type="checkbox"/> 登録済<br><input type="checkbox"/> 未登録<br><input type="checkbox"/> 不明 | 取得（適用開始）事由<br><input type="checkbox"/> 他保険喪失<br><input type="checkbox"/> 転入<br><input type="checkbox"/> 出生<br><input type="checkbox"/> 未加入<br><input type="checkbox"/> 生活保護廃止<br>ケースNo.<br>廃止年月日<br>令和 年 月 日<br><input type="checkbox"/> 担当ケースワーカー<br>氏名 印<br><input type="checkbox"/> その他<br>( ) |
| 2<br>フリガナ イイヅカ ハナコ<br>飯塚 花子<br>個人番号 △△△△ △△△△ △△△△ | 妻   | 男・女<br><input checked="" type="radio"/> 女 | 昭和<br><input checked="" type="radio"/> 平成 ●年●月●日<br>令和 | *喪失時はチェック不要<br><input type="checkbox"/> 登録済<br><input checked="" type="checkbox"/> 未登録<br><input type="checkbox"/> 不明 |   |
| 3<br>フリガナ<br>個人番号                                  |   | 男・女                                       | 昭和<br>平成 年 月 日<br>令和                                   | *喪失時はチェック不要<br><input type="checkbox"/> 登録済<br><input type="checkbox"/> 未登録<br><input type="checkbox"/> 不明            |   |
| 4<br>フリガナ<br>個人番号                                  |   | 男・女                                       | 昭和<br>平成 年 月 日<br>令和                                   | *喪失時はチェック不要<br><input type="checkbox"/> 登録済<br><input type="checkbox"/> 未登録<br><input type="checkbox"/> 不明            |   |
| 5<br>フリガナ<br>個人番号                                  |   | 男・女                                       | 昭和<br>平成 年 月 日<br>令和                                   | *喪失時はチェック不要<br><input type="checkbox"/> 登録済<br><input type="checkbox"/> 未登録<br><input type="checkbox"/> 不明            |   |
| 6<br>フリガナ<br>個人番号                                  |   | 男・女                                       | 昭和<br>平成 年 月 日<br>令和                                   | *喪失時はチェック不要<br><input type="checkbox"/> 登録済<br><input type="checkbox"/> 未登録<br><input type="checkbox"/> 不明            |   |

|              |                                     |                             |
|--------------|-------------------------------------|-----------------------------|
| 上記のとおり届出します。 |                                     | 令和 ■年 ■月 ■日                 |
| 世帯主氏名        | 飯塚 太郎<br>(個人番号: △△△△ △△△△ △△△△)     | 届出人<br>飯塚 花子<br>世帯主との続柄 (妻) |
| 住 所          | 飯塚市 新立岩◆◆◆番地                        |                             |
| 電話番号         | (○○○)○○○○-○○○○ (携帯の場合は所有者氏名 飯塚 花子 ) |                             |
| (あて先) 飯塚市長   |                                     |                             |

|     |  |     |      |   |  |     |
|-----|--|-----|------|---|--|-----|
| 処理欄 | 受付場所   | 受付者 | 身元確認 | 1点 免 パ 障 個 其他( )<br>2点 保 年 証 学 医<br>其他( ) 番号確認方法( )   | 回収確認<br><input type="checkbox"/> 済<br><input type="checkbox"/> 未<br>備考                                     |     |
|     | <input type="checkbox"/> 本庁<br><input type="checkbox"/> 穂波<br><input type="checkbox"/> 筑穂<br><input type="checkbox"/> 庄内<br><input type="checkbox"/> 穎田  |     | 交付確認 | 窓口 受取人 <input type="checkbox"/> 主 <input type="checkbox"/> 員 (氏名 )<br>郵送 令和 年 月 日 発送  |  |     |
|     | 世帯主<br><input type="checkbox"/> 国保 <input type="checkbox"/> 擬主<br><input type="checkbox"/> 旧主 <input type="checkbox"/> 生保<br><input type="checkbox"/> 滞納 | 高   | 子    | 納付方法<br><input type="checkbox"/> 口座登録有<br><input type="checkbox"/> 口座受付済<br><input type="checkbox"/> 振替依頼書渡<br><input type="checkbox"/> その他 | 備考<br><input type="checkbox"/> 送付先(有・無)<br><input type="checkbox"/> 簡易申告<br><input type="checkbox"/> 総務係案内 | 受付印 |
|     |  | 障   | 親    |   |  |     |