

国民健康保険被保険者資格

取得届 適用開始届
 喪失届 適用終了届

※太線 の枠内にご記入ください。

被保険者番号		異動年月日	平成 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
1 フリガナ イイヅカ タロウ 飯塚 太郎 個人番号 ■■■■ ■■■■ ■■■■	世帯主	男・女	昭和 平成 ●●年●月●日 令和
2 フリガナ イイヅカ ハナコ 飯塚 花子 個人番号 ■■■■ ■■■■ ■■■■	妻	男・女	昭和 平成 ▲▲年▲月▲日 令和
3 フリガナ 個人番号		男・女	昭和 平成 年 月 日 令和
4 フリガナ 個人番号		男・女	昭和 平成 年 月 日 令和
5 フリガナ 個人番号		男・女	昭和 平成 年 月 日 令和
6 フリガナ 個人番号		男・女	昭和 平成 年 月 日 令和
		取得(適用開始)事由	<input type="checkbox"/> 他保険喪失 <input type="checkbox"/> 転入 <input type="checkbox"/> 出生 <input type="checkbox"/> 未加入 <input type="checkbox"/> 生活保護廃止 ケースNo. 廃止年月日 平成・令和 年 月 日 担当ケースワーカー 氏名 印 <input type="checkbox"/> その他 ()
		喪失(適用終了)事由	<input type="checkbox"/> 他保険取得 <input type="checkbox"/> 転出 <input type="checkbox"/> 後期高齢者医療加入 <input type="checkbox"/> 死亡 <input type="checkbox"/> 生活保護開始 ケースNo. 開始年月日 平成・令和 年 月 日 担当ケースワーカー 氏名 印 <input type="checkbox"/> その他 ()

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 (個人番号:■■■■ ■■■■ ■■■■)	届出人	飯塚 花子 (妻)
住所	飯塚市新立岩◆◆◆番地		
電話番号	(000) 0000 -0000 (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 住B 個 その他()	保険証回収	<input type="checkbox"/> 済 <input type="checkbox"/> 未 備考
	<input type="checkbox"/> 本庁 <input type="checkbox"/> 穂波 <input type="checkbox"/> 筑穂 <input type="checkbox"/> 庄内 <input type="checkbox"/> 穎田			2点 保 年 証 学 住A 医 E Z K KT SF SB		
	世帯主		保険証交付	窓口	受取人 <input type="checkbox"/> 主 <input type="checkbox"/> 員 (氏名)	備考 <input type="checkbox"/> 送付先 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 簡易申告 <input type="checkbox"/> 総務係案内
	<input type="checkbox"/> 国保 <input type="checkbox"/> 擬主 <input type="checkbox"/> 旧主 <input type="checkbox"/> 生保 <input type="checkbox"/> 滞納	高	子	納付方法	<input type="checkbox"/> 口座登録有 <input type="checkbox"/> 口座受付済 <input type="checkbox"/> 振替依頼書渡 <input type="checkbox"/> その他	
		障	親		受付印	