

国民健康保険被保険者資格取得・適用開始届

令和 年 月 日

(宛先) 津島市長

世帯主 住 所

氏 名

個人番号

電 話 () -

次のとおり被保険者の資格を取得・適用を開始したので届け出ます。

届出区分	<input type="checkbox"/> 資格取得(新規・追加) <input type="checkbox"/> 適用開始(新規・追加)	取得・開始年月日	平成・令和 年 月 日
		被保険者記号・番号	
被保険者資格証明書の交付の有無		有・無 (記号番号)	
転入前住所から世帯構成変更の有無		・世帯主変更(有・無) ・世帯員変更(有・無)	
資格取得・適用開始した者	現住所	前住所	
	枝番	フリガナ 氏名	生年月日
			性 別
		昭・平・令 年 月 日	世帯主との続柄
		昭・平・令 年 月 日	個人番号
		昭・平・令 年 月 日	職業
理 由	<input type="checkbox"/> 転入 <input type="checkbox"/> 出生 <input type="checkbox"/> 健保等離脱 <input type="checkbox"/> 生保廃止 <input type="checkbox"/> 国保組合離脱 <input type="checkbox"/> 職権記載 <input type="checkbox"/> その他 ()	備 考 欄	資格状況証明書発行(有・無) 給付開始日 令和 年 月 日

記入者 <input type="checkbox"/> 世帯主と同じ	住所 <input type="checkbox"/> 世帯主住所と同じ
氏名	世帯主との続柄 () 電話 () -

保 險 税 納 付 方 法	1 <input type="checkbox"/> 座振替(ペイジー・書面・後日郵送・既登録済) 2 <input type="checkbox"/> 座振替以外 【理由】 近日中社保等加入予定、口座無し その他 ()	被 保 険 者 証 高 齢 受 給 者 証 枚 受 領 しました。 受領者署名
---------------	---	--

本人確認	<input type="checkbox"/> 個人番号カード <input type="checkbox"/> 運転免許証 <input type="checkbox"/> 旅券(パスポート) <input type="checkbox"/> 身体障害者手帳等 <input type="checkbox"/> 学生証 <input type="checkbox"/> 療育手帳 <input type="checkbox"/> 基礎年金番号通知書、年金証書 <input type="checkbox"/> 健康保険証 <input type="checkbox"/> 介護保険証 <input type="checkbox"/> 在留カード <input type="checkbox"/> その他 ()	担 当 者
------	---	-------

備考 用紙の大きさは、日本産業規格 A4 とする。