

国民健康保険被保険者

資格取得
 資格喪失

適用開始
 適用終了

届

被保険者 記号番号	-	異動年月日	令和 年 月 日	世帯主 資格	有・無・生保	
転入前住所 転出後住所						
取得区分	<input type="checkbox"/> 新規 <input type="checkbox"/> 追加 (→)	変更前又は変更後記号番号	納付方法 <input type="checkbox"/> 登録有 <input type="checkbox"/> 口振依頼書渡 <input type="checkbox"/> 受付済 <input type="checkbox"/>			
喪失区分	<input type="checkbox"/> 全部 <input type="checkbox"/> 一部 (→)	—				
異動する人の氏名		続柄	性別	生年月日	職業	《異動事由》
1	個人番号		男女	昭平令 年 月 日		取得 <input type="checkbox"/> 社会保険離脱 <input type="checkbox"/> 生活保護廃止 <input type="checkbox"/> 出生 <input type="checkbox"/> 一部転居 <input type="checkbox"/> 世帯合併 <input type="checkbox"/> 世帯分離 <input type="checkbox"/>
2	個人番号		男女	昭平令 年 月 日		
3	個人番号		男女	昭平令 年 月 日		適用開始 <input type="checkbox"/> 転入
4	個人番号		男女	昭平令 年 月 日		適用終了 <input type="checkbox"/> 転出
5	個人番号		男女	昭平令 年 月 日		喪失 <input type="checkbox"/> 社会保険加入 <input type="checkbox"/> 生活保護開始 <input type="checkbox"/> 死亡 <input type="checkbox"/> 一部転居 <input type="checkbox"/> 世帯合併 <input type="checkbox"/> 世帯分離 <input type="checkbox"/>
6	個人番号		男女	昭平令 年 月 日		
《転入・転出の場合のみ記入》				《共通》		
転出・転入で世帯主が <input type="checkbox"/> 変わる <input type="checkbox"/> 変わらない。世帯構成が <input type="checkbox"/> 変わる <input type="checkbox"/> 変わらない。				届出期間	14日以内・14日以上	
《資格喪失の場合のみ確認と記入》				保険証	発行(確認・短確認・お知らせ) 変更なし 回収・郵送依頼・紛失	
「資格喪失後に受診したときの確認事項」の確認 <input type="checkbox"/> 確認しました。 (あて先) 宮若市長				子障親	なし・あり(<input type="checkbox"/> 交付・回収済 <input type="checkbox"/> 郵送) <input type="checkbox"/> 資格認定済証明書発行	
上記のとおり添付書類を添えて届けます。 年金事務所及び番号連携への健康保険資格照会について同意します。 国保税の賦課及び減免に関し、地方税関係情報について取得することに同意します。				《取得・適用開始・変更》		
令和 年 月 日				給付制限	なし <input type="checkbox"/> 裏面 <input type="checkbox"/> 申立書 あり(制限 年 月 日～)	
世帯主 住所 福岡県宮若市				高齢受給者証	あり・なし	
氏名				任意継続確認	不要・説明済	
電話番号 ()				非自発確認	不要・説明済	
届出人 住所				旧被扶養者減免	不要・説明済	
氏名				個人番号の変更	なし・あり(年 月 日)	
電話番号 ()				《喪失・適用終了・変更》		
				喪失後受診	あり(医療機関・本人) なし	
				負担区分証明	不要・発行済	
				《受付者》		《受付印》
				窓口		
				確認		

※ 資格取得、適用開始の届け出が14日以内にできなかった場合、または資格喪失した場合は、必ず裏面もご確認ください。

(裏面)

届け出を14日以内にできなかった場合で、医療機関を受診していない場合は申出欄をご記入ください。

以前加入していた健康保険を喪失した日から本日までに医療機関を受診している場合は、申立書の提出が別途必要です。届出書提出の際に係員にお申し付けください。

《申出欄》

私は、下記の理由により14日以内に国民健康保険の届出を行うことができませんでした。下記1～4に○を付けてください。

1. 勤めていた会社の不手際等で、資格喪失証明書の発行が遅れたため
2. 届出を14日以内にしなければならないことを知らなかったため
3. 多忙で窓口に来庁することが出来なかったため
4. その他()

届出人 氏名