

国民健康保険被保険者資格異動

〔 取得 喪失 〕

届

〔 包括 その他 〕

〔 擬 (増・減) なし 〕

被保険者証 記号 番号		松茂一		資格異動年月日 (取得・喪失)		令和 年 月 日		資格異動理由	
(フリガナ) 氏 名		世帯主 との続柄		性別		職業		生 年 月 日 個 人 番 号	
1		<input type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> 夫・妻 <input type="checkbox"/> 子 ()	男・女			昭和・平成・令和・西暦 年 月 日		<p>1. 加入</p> <input type="checkbox"/> 転入 前住所(1月1日時点) () <input type="checkbox"/> 出生 <input type="checkbox"/> 社保離脱 <input type="checkbox"/> 生保廃止 <input type="checkbox"/> その他 ()	
2		<input type="checkbox"/> 夫・妻 <input type="checkbox"/> 子 ()	男・女			昭和・平成・令和・西暦 年 月 日			
3		<input type="checkbox"/> 夫・妻 <input type="checkbox"/> 子 ()	男・女			昭和・平成・令和・西暦 年 月 日			
4		<input type="checkbox"/> 夫・妻 <input type="checkbox"/> 子 ()	男・女			昭和・平成・令和・西暦 年 月 日			
5		<input type="checkbox"/> 夫・妻 <input type="checkbox"/> 子 ()	男・女			昭和・平成・令和・西暦 年 月 日			
6		<input type="checkbox"/> 夫・妻 <input type="checkbox"/> 子 ()	男・女			昭和・平成・令和・西暦 年 月 日			
<p>上記のとおり届けます。</p> <p>令和 年 月 日</p> <p>世帯主 住 所:松茂町</p> <p>氏 名:</p> <p>個人番号: . .</p> <p>連絡先: — —</p> <p>届出者 氏 名:</p> <p>世帯主との続柄(世帯主・同一世帯員・代理人)</p> <p>連絡先: — —</p> <p>松茂町長 殿</p>									
課 長		回 議		受 付		賦 課		保 険 証	
								<p>非自発 有(65歳未満) ・ 無 継続 ・ 取消</p> <p>軽減 7・5・2・無・保留</p> <p>未納 有・無</p> <p>口座 有・無</p> <p>固定 有・無</p> <p>2号除外 有・無</p> <p>旧被 有(65歳以上、国組除く) ・ 無</p> <p>年金 済・無</p> <p>はぐみ 済・無</p> <p>高齢証 済・無</p> <p>喪失後受診 有・無 ()</p> <p>個人番号確認 個力 通力 住票写し 職員(同意・拒否)</p> <p>本人確認 1点 免 個 パ 身 療 精 在 その他() 2点 保険証(国・介・後・社) 高齢証 その他()</p> <p>代理権の確認 戸籍謄本等(法定代理人) 委任状(任意代理人) その他()</p>	