杵築市長　殿

# 国民健康保険資格異動（取得・喪失）届

＊太線の中を記入して下さい。

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| 世帯主<br>住　所 | 杵築市 | 世帯主<br>氏　名 | | 電話 | |
| | | 個人番号 | | | |
| 届出者<br>住　所 | 同一世帯以外の人が届出をされる場合にご記入ください。<br>杵築市<br>□　委任状添付 | 届出者<br>氏　名 | ※世帯主の人は、記載不要です。<br>（世帯主との続柄：　　） | 電話 | |

| 届出人本人確認方法 | |
|---|---|
| □ マイカ | □ 郵便物 |
| □ 免許証 | □ 設　問 |
| □ パスポート | □ その他 |
| □ 資格確認書・保険証 | |

| No. | フリガナ<br>氏　名　異動者（異動者全員）<br>個人番号（12桁） | 生　年　月　日 | 世帯主との続柄 | マイナ保険証利用登録 | 備考 |
|---|---|---|---|---|---|
| 1 | ﾌﾘｶﾞﾅ | 年　月　日 | | □あり<br>□なし<br>□不明 | |
| 2 | ﾌﾘｶﾞﾅ | 年　月　日 | | □あり<br>□なし<br>□不明 | |
| 3 | ﾌﾘｶﾞﾅ | 年　月　日 | | □あり<br>□なし<br>□不明 | |
| 4 | ﾌﾘｶﾞﾅ | 年　月　日 | | □あり<br>□なし<br>□不明 | |
| 5 | ﾌﾘｶﾞﾅ | 年　月　日 | | □あり<br>□なし<br>□不明 | |

＊就職した（社会保険等に加入した）人は、こちらをチェックして下さい。

**社会保険等資格取得後の医療機関受診の有無の確認欄**

□医療機関を受診した

　□受診日の翌月１０日以内
　　→医療機関に社保の資格を提示してください。

　□ 上記以外
　　→請求書・同意書の作成をお願いします。（協会けんぽ）

□医療機関を受診してない

□受診したが、医療機関に新しい資格情報を提示済である。

| 健診意向調査票確認　（S62.3.31以前生まれの新規取得者のみ） | | |
|---|---|---|
| | □　渡した | □　渡していない |
| | □　窓口で記載・提出済 | □　その他（備考へ記入） |
| 説明確認 | □　資格取得年月日まで保険税が遡ることを説明した。 | |
| | □　世帯主様宛に納付書等が送付されることを説明した。 | |

| 区　分 | 人　数 | 交付処理 | ①資格確認書 □あり □なし（期間　年　月末）<br>②資格情報のお知らせ □あり □なし<br>③資格確認書回収 □あり □なし □有効期限訂正<br>備考 被保険者証回収 □あり □なし | 受付 | 本人確認 | 勤務先等の名称等　連絡先 | 備　考 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| □　取得 | 人 | | | | | 名　称<br>電話番号<br>得 喪 日　年　月　日<br>担当　様に確認 | 年金確認<br>□済<br>□不要（20歳未満・70歳以上・転出） |
| □　喪失 | 人 | | | 入力 | 入力確認 | | |

| 記号番号 | | 異動日 | 年　月　日 | 届出日 | 年　月　日 |
|---|---|---|---|---|---|