

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。

| | | | | | |
|-------|--------------------------------|-------|-------|----|--------------|
| 世帯主住所 | 杵築市 大字杵築377番地1 | 世帯主氏名 | 杵築 太郎 | 電話 | 0978-62-3131 |
| | 同一世帯以外の方が届出をされる場合にご記入ください。 | | 個人番号 | | |
| 届出者住所 | 杵築市 | 届出者氏名 | | 電話 | |
| | <input type="checkbox"/> 委任状添付 | | | | |

| 届出人本人確認方法 | |
|--------------------------------|------------------------------|
| <input type="checkbox"/> マイカ | <input type="checkbox"/> 保険証 |
| <input type="checkbox"/> 免許証 | <input type="checkbox"/> 設問 |
| <input type="checkbox"/> パスポート | <input type="checkbox"/> その他 |
| <input type="checkbox"/> 郵便物 | |

世帯主の方のお名前・ご住所を記入してください。

申請内容についてお問い合わせする場合がありますので、日中連絡可能な電話番号を記入してください。

| No. | フリガナ 氏名 異動者（異動者全員） | 生年月日 | 世帯主との続柄 | 備考 |
|-----|-------------------------------------|-----------|---------|---|
| 1 | フリガナ 花子 氏名 杵築 花子 個人番号 (1 2 桁) | 平成1年11月1日 | 妻 | |
| 2 | フリガナ 一郎 氏名 杵築 一郎 | 令和1年5月1日 | 子 | |
| 3 | フリガナ | 年 | | 国保に加入・離脱される方のお名前と生年月日、世帯主との続柄を記入してください。 |
| 4 | フリガナ | 年 月 日 | | |
| 5 | フリガナ | 年 月 日 | | |

*就職した（社会保険等に参加した）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国保証の使用の有無の確認欄 | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> 使用した（医療機関を受診した） | |
| <input type="checkbox"/> 受診日の翌月10日以内 →医療機関に社保証を提示してください。 | |
| <input type="checkbox"/> 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） | |
| <input type="checkbox"/> 使用していない（医療機関を受診してない） | |
| <input type="checkbox"/> 使用したが、医療機関に新しい保険証を提示済である。 | |

| 健診意向調査票確認 (S57.3.31以前生まれの新規取得者のみ) | |
|------------------------------------|---|
| <input type="checkbox"/> 渡した | <input type="checkbox"/> 渡していない |
| <input type="checkbox"/> 窓口で記載・提出済 | <input type="checkbox"/> その他（備考へ記入） |
| 説明確認 | <input type="checkbox"/> 資格取得年月日まで保険税が遡ることを説明した。 <input type="checkbox"/> 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 | ①即日交付 <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし ②証回収 <input type="checkbox"/> 済 <input type="checkbox"/> 未済 <input type="checkbox"/> 有効期間訂正 | 受付 | 本人確認 | 勤務先等の名称等 連絡先 | 備考 |
|-----------------------------|----|--|-------|------|------------------------------------|----|
| <input type="checkbox"/> 取得 | 人 | 種別 <input type="checkbox"/> 被保険者証 () <input type="checkbox"/> 高齢受給者証 () <input type="checkbox"/> 減額認定証等 () | 入力 | 入力確認 | 名称 電話番号 得喪日 年 月 日 担当 様に確認 | |
| <input type="checkbox"/> 喪失 | 人 | | | | | |
| 記号番号 | | 異動日 | 年 月 日 | 届出日 | 年 月 日 | |