

国民健康保険被保険者資格取得・喪失等届

届出日		令和 年 月 日		※ 太枠内をご記入のうえ、届出してください。										安芸市長 あて							
世帯主 (届出人)	住 所	安芸市						氏 名					電話番号								
								個人番号													
※ 世帯主以外の方が届出されるときは、代理人欄も記載してください。																					
代理人	住 所	□世帯主と同じ						氏 名					電話番号								
※ 異動のあった世帯員全員について記載してください。																					
No.	氏 名						性別	続柄	生 年 月 日		No.	氏 名						性別	続柄	生 年 月 日	
1	個人番号						男・女		昭和・平成・令和 年 月 日		4	個人番号						男・女		昭和・平成・令和 年 月 日	
	フリガナ											フリガナ									
2	個人番号						男・女		昭和・平成・令和 年 月 日		5	個人番号						男・女		昭和・平成・令和 年 月 日	
	フリガナ											フリガナ									
3	個人番号						男・女		昭和・平成・令和 年 月 日		6	個人番号						男・女		昭和・平成・令和 年 月 日	
	フリガナ											フリガナ									
異動事由	社保離脱	国組離脱	生保廃止	後期取得	その他取得	国保資格 得喪日	取 得	H・R	年 月 日	マイナ保険証				申 告	有 ・ 無						
	社保加入	国組取得	生保開始	後期喪失	その他喪失		喪 失	H・R	年 月 日	□登録済		□未登録		旧 国 保	有 ・ 無						
世帯番号							会社名							□資格のお知らせ □〃（特別療養費） 発行日(/)		□資格確認書 □〃（特別療養費） 発行日(/)		旧被扶養者	有 ・ 無		
受領サイン		本人 確 認	□個人番号カード □運転免許証 □職員確認 □その他()				個人 番号 確 認	□個人番号カード □職員確認		回収日 (/) 種別()		非自発的失業		申請 (新規 ・ 継続) ・ 案内 ・ 非該当							
備 考								喪失後受診		無 ・ 有		受診者氏名・医療機関等		受付・入力		交付時確認		入力点検			