

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		4	個人番号				男・女		昭和・平成・令和	
	フリガナ	-----					年 月 日			フリガナ	-----					年 月 日	
2	個人番号				男・女		昭和・平成・令和		5	個人番号				男・女		昭和・平成・令和	
	フリガナ	-----					年 月 日			フリガナ	-----					年 月 日	
3	個人番号				男・女		昭和・平成・令和		6	個人番号				男・女		昭和・平成・令和	
	フリガナ	-----					年 月 日			フリガナ	-----					年 月 日	
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	保険証交付	保険証交付	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	<input type="checkbox"/> 保険証 <input type="checkbox"/> 短期証(ヶ月) <input type="checkbox"/> 資格者証 <input type="checkbox"/> 高齢受給者証	郵送・窓口 (/) 保険証回収 回収(/) 未回収		旧国保	有・無			
世帯番号					会社名						旧被扶養者	有・無					
保険証受領印	本人確認	<input type="checkbox"/> 個人番号カード <input type="checkbox"/> その他 <input type="checkbox"/> 運転免許証 <input type="checkbox"/> 住基カード <input type="checkbox"/> 職員確認			個人番号確認	<input type="checkbox"/> 個人番号カード <input type="checkbox"/> 通知カード <input type="checkbox"/> 職員確認			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			