

国民健康保険被保険者資格

取得届 適用開始届
 喪失届 適用終了届

※太線 の枠内にご記入ください。

被保険者 番号		異動年月日	平成 令和	年	月	日
取得区分	<input type="checkbox"/> 新規 <input type="checkbox"/> 追加	喪失区分	<input type="checkbox"/> 全部 <input type="checkbox"/> 一部			
氏名		続柄	性別	生年月日		異動事由
1	フリガナ 個人番号		男・女	昭和 平成 年 月 日 令和	取得 (適用開始) 事由	<input type="checkbox"/> 他保険喪失 <input type="checkbox"/> 転入 <input type="checkbox"/> 出生 <input type="checkbox"/> 未加入 <input type="checkbox"/> 生活保護廃止 ケースNo. 廃止年月日 平成・令和 年 月 日 担当ケースワーカー 氏名 印 <input type="checkbox"/> その他 ()
2	フリガナ 個人番号		男・女	昭和 平成 年 月 日 令和		
3	フリガナ 個人番号		男・女	昭和 平成 年 月 日 令和		
4	フリガナ 個人番号		男・女	昭和 平成 年 月 日 令和		
5	フリガナ 個人番号		男・女	昭和 平成 年 月 日 令和		
6	フリガナ 個人番号		男・女	昭和 平成 年 月 日 令和		
				喪失 (適用終了) 事由		<input type="checkbox"/> 他保険取得 <input type="checkbox"/> 転出 <input type="checkbox"/> 後期高齢者医療加入 <input type="checkbox"/> 死亡 <input type="checkbox"/> 生活保護開始 ケースNo. 開始年月日 平成・令和 年 月 日 担当ケースワーカー 氏名 印 <input type="checkbox"/> その他 ()

上記のとおり届出します。 令和 年 月 日

世帯主氏名 (個人番号:)	届出人	※届出人が世帯主以外の場合のみご記入ください。 世帯主との続柄 ()
住所	飯塚市	
電話番号	() - (携帯の場合は所有者氏名)	
(あて先)飯塚市長		

処理欄	受付場所	受付者	身元確認	1点 免 パ 障 住B 個 その他() 2点 保 年 証 学 住A 医 E Z K KT SF SB その他() 番号確認方法()	保険証回収	<input type="checkbox"/> 済 <input type="checkbox"/> 未 備考	
	<input type="checkbox"/> 本庁 <input type="checkbox"/> 穂波 <input type="checkbox"/> 筑徳 <input type="checkbox"/> 庄内 <input type="checkbox"/> 穎田		保険証交付	窓口			受取人 <input type="checkbox"/> 主 <input type="checkbox"/> 員 (氏名)
	世帯主		高	子	納付方法	令和 年 月 日 発送	<input type="checkbox"/> 口座登録有 <input type="checkbox"/> 口座受付済 <input type="checkbox"/> 振替依頼書渡 <input type="checkbox"/> その他 備考 <input type="checkbox"/> 送付先 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 簡易申告 <input type="checkbox"/> 総務係案内
	<input type="checkbox"/> 国保 <input type="checkbox"/> 擬主 <input type="checkbox"/> 旧主 <input type="checkbox"/> 生保 <input type="checkbox"/> 滞納		障	親		受付印	