

国民健康保険被保険者資格 □取得・適用届 □喪失・終了届

国保記号番号			適用	開始・終了年月日	資格	取得・喪失年月日	
014-0			令和	年 月 日	令和	年 月 日	
→ 太枠内をご記入ください	資格異動する者の氏名		世帯主との続柄	性別	生年月日	マイナ保険証	異動理由
	個人番号		本人・妻	男	昭・平・令	有	<input type="checkbox"/> 社保 <input type="checkbox"/> 国組 離脱・加入
	フリガナ		子・夫	・	・	・	
		()	女			無	
	個人番号		本人・妻	男	昭・平・令	有	<input type="checkbox"/> 転入 <input type="checkbox"/> 転出 県内・県外
	フリガナ		子・夫	・	・	・	
	()	女			無		
個人番号		本人・妻	男	昭・平・令	有	<input type="checkbox"/> 生活保護 廃止・開始	
フリガナ		子・夫	・	・	・		
	()	女			無		
個人番号		本人・妻	男	昭・平・令	有	<input type="checkbox"/> 出生 年 月 日	
フリガナ		子・夫	・	・	・		
	()	女			無		
個人番号		本人・妻	男	昭・平・令	有	<input type="checkbox"/> 死亡 年 月 日	
フリガナ		子・夫	・	・	・		
	()	女			無		
個人番号		本人・妻	男	昭・平・令	有	<input type="checkbox"/> その他	
フリガナ		子・夫	・	・	・		
	()	女			無		

上記のとおり届出します。

令和 年 月 日

世帯主

氏名 :

住所 : 中央市

個人番号 :

届出人

氏名 :

住所 :

連絡先TEL : ()- ()- ()

還付口座	<input type="checkbox"/> マイナンバーカード公金受取口座を利用する (利用する場合は以下記入不要)			<input type="checkbox"/> 振込口座を指定する
	金融機関	銀行 信金 信組 農協	支店	支店 支所
口座番号		フリガナ		
		名義		

- | (共通) | | (取得) | | (喪失) | |
|-------------------------------|------------|----------------------------------|---------------------------------|---------------|-----|
| <input type="checkbox"/> 振替口座 | □新規・増員 | <input type="checkbox"/> 全部喪・一部喪 | <input type="checkbox"/> 資格書等回収 | 有・無 | |
| 有(継続・廃止)・無 | □課税状況更新 | □還付 | 有・無 | □不当利得 | 有・無 |
| □国保税説明 | □所得情報 有・無 | □滞納 | 有・無 | □医療費返還説明 | 済・不 |
| □限度額証 有・無 | □非自発説明 済・不 | (分納 有・無) | | □(一部喪失)課税状況更新 | |
| □70~74歳 有・無 | □年金案内 済・不 | □納付書発行 済・不 | | 済・不 | |
| □子育て案内 済・不 | | | 期分 | | |