

国民健康保険被保険者資格 取得・適用届 喪失・終了届

→太枠内をご記入ください

国保記号番号				適用 開始・終了年月日		資格 取得・喪失年月日	
0 1 4 - 0				令和 年 月 日		令和 年 月 日	
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
1	個人番号		本人・妻 子・夫 ( )	男 ・ 女	昭・平・令 . .	有 ・ 無	<input type="checkbox"/> 社保 <input type="checkbox"/> 国組 離脱・加入  <input type="checkbox"/> 転入 <input type="checkbox"/> 転出 県内・県外  <input type="checkbox"/> 生活保護 廃止・開始  <input type="checkbox"/> 出生 年 月 日  <input type="checkbox"/> 死亡 年 月 日  <input type="checkbox"/> その他
	フリガナ						
2	個人番号		本人・妻 子・夫 ( )	男 ・ 女	昭・平・令 . .	有 ・ 無	
	フリガナ						
3	個人番号		本人・妻 子・夫 ( )	男 ・ 女	昭・平・令 . .	有 ・ 無	
	フリガナ						
4	個人番号		本人・妻 子・夫 ( )	男 ・ 女	昭・平・令 . .	有 ・ 無	
	フリガナ						
5	個人番号		本人・妻 子・夫 ( )	男 ・ 女	昭・平・令 . .	有 ・ 無	
	フリガナ						
上記のとおり届出します。							
令和 年 月 日							
世帯主 氏名：				届出人 氏名：			
住所：中央市				住所：			
個人番号：				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)

☐ 振替口座  
有(継続・廃止)・無

☐ 国保税説明

☐ 限度額証 有・無

☐ 70～74歳 有・無

☐ 子育て案内 済・不
- (取得)

☐ 新規・増員

☐ 課税状況更新

☐ 所得情報 有・無

☐ 非自発説明 済・不

☐ 年金案内 済・不
- (喪失)

☐ 全部喪・一部喪

☐ 還付 有・無

☐ 滞納 有・無

(分納 有・無)

☐ 納付書発行 済・不  
期分
- ☐ 資格書等回収 有・無

☐ 不当利得 有・無

☐ 医療費返還説明 済・不

☐ (一部喪失)課税状況更新 済・不