

国民健康保険資格 取得 ・ 喪失 届出書

国東市長 様

以下のとおり、届出ます。

届出年月日	令和 年 月 日	異動年月日	令和 年 月 日
世帯主氏名		被保険者番号	
世帯主住所	国東市 町 番地		
届出者氏名	世帯主と同じ ・ ()	世帯主との関係	本人 ・ ()
届出者住所	世帯主と同じ ・ ()		
電話番号	— —		

国民健康保険異動者					今年度	旧被扶
No.	(フリガナ) 氏 名	生 年 月 日	世帯主との続柄	性別		
1		昭平令 年 月 日		男・女	済・未	65歳以上 加入日前日に 社会保険の 被扶養者
		個人番号				
2		昭平令 年 月 日		男・女	済・未	65歳以上 加入日前日に 社会保険の 被扶養者
		個人番号				
3		昭平令 年 月 日		男・女	済・未	65歳以上 加入日前日に 社会保険の 被扶養者
		個人番号				
4		昭平令 年 月 日		男・女	済・未	65歳以上 加入日前日に 社会保険の 被扶養者
		個人番号				
5		昭平令 年 月 日		男・女	済・未	65歳以上 加入日前日に 社会保険の 被扶養者
		個人番号				

※市役所記入欄	
異動事由	取得 社保離脱 ・ その他() 社保喪失証明書 年金記録 マイナンバー照会 任継保険証 その他()
	喪失 社保加入 ・ その他() 社保保険証 年金記録 マイナンバー照会 社保取得証明書 その他()
届出人確認	<small>※写真あり</small> <input type="checkbox"/> 運転免許証 <small>※写真なし</small> <input type="checkbox"/> パスポート <input type="checkbox"/> 健康保険証(国保・社保・後期) <input type="checkbox"/> 個人番号カード <input type="checkbox"/> 介護保険証 <input type="checkbox"/> 障害者手帳 <input type="checkbox"/> 受給者証() <input type="checkbox"/> その他()
年金届出確認	20歳～60歳未満 20歳未満・60歳以上 届出済 ・ 未届出 (月 日処理) 処理なし
窓口エツク等欄	取得 <input type="checkbox"/> 保険証有効期限について <input type="checkbox"/> マイナンバーカードの健康保険証利用について <input type="checkbox"/> ジェネリック希望カード・国保パンフレット配布 <input type="checkbox"/> (40歳以上)特定健診の案内、前健康保険の特定健診情報提供 <input type="checkbox"/> 非自発的失業の確認(申請書提出 有・無・後日) <input type="checkbox"/> 旧被扶養者の確認(75歳到達者の被扶養者であった者) <input type="checkbox"/> 保険税決定通知書の宛名・送付時期・支払い方法 <input type="checkbox"/> (滞納者が必要な場合)収納担当への案内
	喪失 <input type="checkbox"/> 資格喪失後の保険証使用について(保険者間調整 有・無) <input type="checkbox"/> 保険税更正通知書の宛名・送付時期 <input type="checkbox"/> (滞納者が必要な場合)収納担当への案内
国保処理日	/ 受付者
備考欄	

令和 年 月 日 保険証を受領しました。
(受領者署名) _____

郵送交付

令和 年 月 日送付