様式第１号(第９条関係)

鉾田市長　様

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 国民健康保険資格 | 取得喪失変更 | 届出書 |
| 届出 | * ・
 | 異動 | * ・
 |  |  |  |  |
| 世　帯　主 | 住所 |  | 世帯主の国保資格有　・　無被保険者証番号 | 届　出　人 | 住所 |  | 世帯主との関係 |
| 氏名 | 　　　　　　　　　　　　　　　　　　 | 電話番号 | 氏名 | 　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 | 電話番号 |
| 個人番号 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | 個人番号 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| ふ　り　が　な | 生年月日 | 性別 | 続柄 | 社保 | 職業 | 個　人　番　号 | 被保険者証番号 | 旧勤務先 |  |
| 氏　　　　名 | 名称電話 |
| 1 |  | 明大昭平* ・
 |  |  | 本・扶 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |
| 2 |  | 明大昭平* ・
 |  |  | 本・扶 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | 新勤務先 |  |
|  | 名称電話 |
| 3 |  | 明大昭平* ・
 |  |  | 本・扶 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | 他保険者 |     |
|  | 保険者番号保険者名記号・番号 |
| 4 |  | 明大昭平* ・
 |  |  | 本・扶 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |
| 5 |  | 明大昭平* ・
 |  |  | 本・扶 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |
| 備考 | 本年1月1日時点の住所 | 喪失後受診 | あり・なし |
| 受診日病院名 |
| 区　　分 | 被保険者証 | 高齢受給者証 | 取　　得 | 喪　　失 | 変　　更 | 住登外 | 本人確認 | 国保番号 |
| 新規追加 | 交付．　　．回収（全部・一部）．　　． | 交付．　　．回収（全部・一部）．　　． | 社保離脱出　生生保廃止職権記載その他（　　　　） | 社保加入死　亡生保開始障害認定その他（　　　　） | 氏名その他 | 学遠住 | 免許証保険証証明書等その他（　　　　　　　　　） |  |
| 課長 | 国保 | 年金・マル福 |
|  |  |  |

※世帯主が届出人の場合は届出人の住所・氏名・印・電話番号の記載は省略してよいこととする。