

国民健康保険資格取得兼喪失兼変更届

※ 太ワク の中を 黒のボールペンで書いて下さい。

届出人氏名 北九 太郎 電話 090-x x x- 世帯主との続柄 本人 届出人の個人番号(マイナンバー)

令和 年 月 日 届出 (受付)

世帯主氏名(主として生計を維持する者) 電話 (自宅) (勤務先) 旧世帯主名(世帯主が変更した場合のみ記入) 本年1月1日の住所(現住所と異なる場合のみ記入) 住所 北九州市 小倉北 区 城内1-1 旧住所(住所が変更した場合のみ記入) 昨年1月1日の住所(現住所と異なる場合のみ記入) 方書

Table with columns: No, (フリガナ)氏名, 生年月日, 性別, 続柄, 個人番号(マイナンバー), マイナ証登録, 異動理由番号, 資格取得・喪失年月日, 賦課開始年月日, 給付開始年月日, 国保個番, 備考

個人番号の記入を忘れないようにお願いします。

取得喪失の理由変更 新規 1. 転入 2. 他保離脱 3. 生保廃止 一部 4. 出生 5. 後期離脱 6. その他(理由を備考欄へ) 全部 7. 転出 8. 他保加入 9. 生保開始 一部 10. 死亡 11. 後期加入 12. その他(理由を備考欄へ) 世帯 13. 住所 14. 世帯主 15. 合併 16. 分離 17. 電話番号 個人 18. 氏名 19. 生年月日 20. 性別 21. その他() 復活 22. 世帯 23. 個人

被保険者番号 備考 交付物 1. 交付 2. 修正 3. 未処理 4. 回収 5. 未回収 住基世帯番号 保険料処理 1 収納済 2 納付書交付済 前区被保険者番号 口座申込処理 1 受付済 2 交付済 3 郵送

本人確認 □免許証 □パスポート □在留カード (No.)※コピー有りの場合はNo.省略可 □個人番号カード □その他()※介護保険証等の場合もコピーがない場合はNo.を確認し記載

(決 裁)

受付担当者 (国 保)

資格給付 担当係長

保 険 料 担当係長

課 長

(事務処理)

受付担当者 (出張所)

住民票との 照合

被保台帳

オンライン 入力担当者

交付物 出力

納入通知書 出力(現・過)