

国民健康保険被保険者 (資格取得・喪失/適用開始・終了)届

目黒区長あて

届出日 年 月 日

住 所	目黒区		電話(世帯主)	ふりがな	世帯主以外の 場合		氏名	電話番号
	丁目 番 号				住所	□世帯主と同居所(記載省略)		
	方書き(建物名・部屋番号等)					□代理人住所		
				世帯主名	世帯主の生年月日			
				個人番号	年 月 日			

加入又は脱退する人				性別	世帯主との 続柄	職 業	加入をする場合、以前の健康保険の資格喪失証明書が無いまたは、下記の太枠の中を記入してください				
1	ふりがな	男 女	住 定 日	自営業(法人・個人) 会社員(法人・個人) 学生 無職・求職中 アルバイト・パート その他()	会社名						
	氏 名				所在地						
	生年月日				年 月 日	電 話 ()		担当者 様			
	個人番号				個番変更日		退職年月日 年 月 日		自己都合 ・ 会社都合		
2	ふりがな	男 女	住 定 日	自営業(法人・個人) 会社員(法人・個人) 学生 無職・求職中 アルバイト・パート その他()	資格取得日 年 月 日		資格喪失日 年 月 日				
	氏 名				保険者番号 ()		記号 番号				
	生年月日				年 月 日	個番変更日		扶養喪失のとき			
	個人番号				個番変更日		電話 ()		扶養者氏名 扶養者の生年月日		
3	ふりがな	男 女	住 定 日	自営業(法人・個人) 会社員(法人・個人) 学生 無職・求職中 アルバイト・パート その他()	電話 ()		年 月 日				
	氏 名				<備考欄>						
	生年月日				年 月 日	<input type="checkbox"/> 任意継続 (説明済・希望しない) <input type="checkbox"/> 非自発的失業軽減説明済 <input type="checkbox"/> 非自発期間内再該当 <input type="checkbox"/> 国保取得のための証明書 (有・無) <input type="checkbox"/> 国保喪失のための証明書 (有・無) <input type="checkbox"/> 旧被扶養減免(有・無)証明書 (有・無) <input type="checkbox"/> 遡及説明済 <input type="checkbox"/> 擬制世帯主説明済					
	個人番号				個番変更日		国民健康保険法施行規則の規定により、届書には届出人(世帯主)及び被保険者の個人番号を記載しなければなりません。				
4	ふりがな	男 女	住 定 日	自営業(法人・個人) 会社員(法人・個人) 学生 無職・求職中 アルバイト・パート その他()	電話 ()		年 月 日				
	氏 名				個人番号確認						
	生年月日				年 月 日	個番変更日		端末 個力 通力 住民票			
	個人番号				個番変更日		<input type="checkbox"/>				

本年1月1日の住所	今回の加入・脱退者 (名)
昨年1月1日の住所	

資格異動年月日		変 更		擬主	有・無	世帯変更	有・無	取得事由	喪失事由	本人確認	点 検	処理・入力	高齢証
加入	全部	種 別		被 保 険 者 証	現	10-		転入 社保離脱 生保廃止 出生 その他取得	転出 社保加入 生保開始 死亡 職権喪失 その他喪失	免 許 証 パスポート 年金手帳 住基カード(写真有) 保険証(国保証・社保証) マイナンバーカード その他 ()		交付・訂正 回収・未回収	交付・訂正 回収・未回収
脱退	全部				前 後	新	10-			組合離脱 後期高齢離脱	組合加入 後期高齢該当		