

受付印

決 裁	課長	課長補佐	係長	係	取扱者

国民健康保険被保険者資格 取得 喪失 届

記号番号						得喪区分	包括・一部
国保資格得喪年月日	令和	年	月	日	擬制世帯主	有・無	

取得	<input type="checkbox"/> 社保離脱 (社保資格喪失日・退職日の翌日) <input type="checkbox"/> 生保廃止 (生保廃止当日) <input type="checkbox"/> その他 ( )	喪失	<input type="checkbox"/> 社保加入 (社保資格取得日の翌日) <input type="checkbox"/> 生保開始 (生保開始当日) <input type="checkbox"/> その他 ( )
----	--	----	--

被保険者氏名	生年月日	性別	続柄	個人番号
1 (フリガナ)	昭平令 年 月 日			
2 (フリガナ)	昭平令 年 月 日			
3 (フリガナ)	昭平令 年 月 日			
4 (フリガナ)	昭平令 年 月 日			
5 (フリガナ)	昭平令 年 月 日			
6 (フリガナ)	昭平令 年 月 日			

(あて先) 吉崎市長 様  
 上記のとおり届けます。  
 令和 年 月 日  
 世帯主 住所 長崎県吉崎市  
 氏名 電話番号

届出人 住所 (  世帯主と同じ住所 )  
 氏名 電話番号  
 世帯主との関係 ( )

<取得> <input type="checkbox"/> 国保取得日が分かる書類 (有・無) <input type="checkbox"/> 非自発的失業者確認 (不要・説明済) <input type="checkbox"/> 旧被扶養者減免 (不要・説明済) <input type="checkbox"/> 保険証 (発行・未発行)	<本人確認書類> <input type="checkbox"/> マイナンバーカード <input type="checkbox"/> 運転免許証 <input type="checkbox"/> 運転経歴証明書 <input type="checkbox"/> 保険証 (国保・社保) <input type="checkbox"/> 年金手帳 <input type="checkbox"/> その他( )
<喪失> <input type="checkbox"/> 国保喪失日が分かる書類 (有・無) <input type="checkbox"/> 喪失後受診 (有・無) <input type="checkbox"/> 保険証 (回収・未回収・紛失)	<受付> <input type="checkbox"/> 電算資格異動処理・異動簿入力 (未・済) <input type="checkbox"/> 担当者( ) 確認者( )

受付印

決 裁	課長	課長補佐	係長	係	取扱者

国民健康保険被保険者資格 取得 喪失 届

記号番号						得喪区分	包括・一部
国保資格得喪年月日	令和	年	月	日		擬制世帯主	有・無

取得	<input type="checkbox"/> 社保離脱 (社保資格喪失日・退職日の翌日) <input type="checkbox"/> 生保廃止 (生保廃止当日) <input type="checkbox"/> その他 ( )	喪失	<input type="checkbox"/> 社保加入 (社保資格取得日の翌日) <input type="checkbox"/> 生保開始 (生保開始当日) <input type="checkbox"/> その他 ( )
----	--	----	--

被保険者氏名	生年月日	性別	続柄	個人番号
1 (フリガナ) 壱岐 国保	昭平令 43年 2月 1日	男	本人	1234 5678 9012
2 (フリガナ) 壱岐 太郎	昭平令 34年 5月 6日	女	妻	9876 5432 1098
3 (フリガナ)	昭平令 年 月 日			国保を取得・喪失される方全員の氏名・フリガナ・生年月日・性別・続柄・個人番号 (個人番号が不明の場合は空欄可)を記入してください。
4 (フリガナ)	昭平令 年 月 日			
5 (フリガナ)	昭平令 年 月 日			
6 (フリガナ)	昭平令 年 月 日			

(あて先) 壱岐市長 様  
上記のとおり届けます。  
令和 5年 6月 1日

届出年月日・世帯主の住所・氏名・連絡先を記入してください。

世帯主 住所 長崎県壱岐市 芦辺町芦辺浦562番地  
氏名 壱岐 国保 電話番号 0920-45-1157

届出人 住所 (  世帯主と同じ住所 )  
氏名 壱岐 花子 電話番号 000-1111-2222  
世帯主との関係 ( 妻 )

届出人が世帯主以外の場合は記入してください。

<取得> <input type="checkbox"/> 国保取得日が分かる書類 (有・無) <input type="checkbox"/> 非自発的失業者確認 (不要・説明済) <input type="checkbox"/> 旧被扶養者減免 (不要・説明済) <input type="checkbox"/> 保険証 (発行・未発行)	<本人確認書類> <input type="checkbox"/> マイナンバーカード <input type="checkbox"/> 運転免許証 <input type="checkbox"/> 運転経歴証明書 <input type="checkbox"/> 保険証 (国保・社保) <input type="checkbox"/> 年金手帳 <input type="checkbox"/> その他( )
<喪失> <input type="checkbox"/> 国保喪失日が分かる書類 (有・無) <input type="checkbox"/> 喪失後受診 (有・無) <input type="checkbox"/> 保険証 (回収・未回収・紛失)	<受付> <input type="checkbox"/> 電算資格異動処理・異動簿入力 (未・済) <input type="checkbox"/> 担当者( ) 確認者( )