

様式第1 (第2条関係)

# 国民健康保険被保険者資格取得・適用開始届

令和 年 月 日

(宛先) 津島市長

世帯主 住 所

氏 名

個人番号

電 話 ( ) -

次のとおり被保険者の資格を取得・適用を開始したので届け出ます。

届出 区分	<input type="checkbox"/> 資格取得 (新規・追加)	取得・開始年月日	平成・令和 年 月 日
	<input type="checkbox"/> 適用開始 (新規・追加)	被保険者記号・番号	
転入前住所から世帯構成変更の有無		・世帯主変更 (有・無)	・世帯員変更 (有・無)
現住所	前住所		
枝番	フリガナ 氏 名	生年月日	性 別
		昭・平・令 年 月 日	男・女
		昭・平・令 年 月 日	男・女
		昭・平・令 年 月 日	男・女
		昭・平・令 年 月 日	男・女
		昭・平・令 年 月 日	男・女
理 由	<input type="checkbox"/> 転入 <input type="checkbox"/> 出生 <input type="checkbox"/> 健保等離脱 <input type="checkbox"/> 生保廃止 <input type="checkbox"/> 国保組合離脱 <input type="checkbox"/> 職権記載 <input type="checkbox"/> その他 ( )	備 考 欄	資格状況証明書発行 ( 有 ・ 無 ) 給付開始日 年 月 日

記入者 <input type="checkbox"/> 世帯主と同じ	住所	<input type="checkbox"/> 世帯主住所と同じ
	氏名	世帯主との続柄 ( ) 電話 ( ) -

保 険 税 納付方法	1 <input type="checkbox"/> 口座振替 (ペイジー・書面・後日郵送・既登録済) 2 <input type="checkbox"/> 口座振替以外 【理由】 近日中社保等加入予定、口座無し その他 ( )	資格確認書 資格情報のお知らせ 高齢受給者証 受領者署名	枚 枚 枚 受領しました。
---------------	--	---------------------------------------	------------------------

本人 確認	<input type="checkbox"/> 個人番号カード <input type="checkbox"/> 運転免許証 <input type="checkbox"/> 旅券 (パスポート) <input type="checkbox"/> 身体障害者手帳等 <input type="checkbox"/> 学生証 <input type="checkbox"/> 療育手帳 <input type="checkbox"/> 基礎年金番号通知書、年金証書 <input type="checkbox"/> 資格確認書等 <input type="checkbox"/> 介護保険証 <input type="checkbox"/> 在留カード <input type="checkbox"/> その他 ( )	担 当 者	
----------	---	-------------	--

※ マイナンバーカードの健康保険証利用登録の有無 (マイナンバーカードは、有効期限内かつ電子証明書 (5年ごとに更新が必要) が有効であるものに限りです。)

備考 用紙の大きさは、日本産業規格 A4とする。