

# 国民健康保険被保険者資格得喪届・変更届

富田 林市長様

届出人	住所	富田林市常盤町1番1号										受付日	記号番号	富国	新		
	氏名	富田林 太郎														旧	
	個人番号	9	9	9	9	9	9	9	9	9	9	9		得喪日 異動日	年	月	日
	電話番号	( 0721 ) 25-1000			続柄	子				世帯主との続柄							
<input type="checkbox"/> 別世帯の場合は委任状がある <input type="checkbox"/> 届出人は世帯主である(以下の世帯主欄記入不要)																	

世帯主	住所											太枠内を記入してください			
	氏名	富田林 一郎										<input checked="" type="checkbox"/> 上記と同一住所である 転居の場合、旧住所 転出の場合は新住所を記入			
	電話番号	( 0721 ) 25-1000										富田林市寺池台一丁目9番15号			

異動者全員(世帯主を含む)を記入してください	氏名		生年月日		性別		世帯主との続柄		変更	
	1	(フリガナ) トンダバヤシ イチロウ 富田林 一郎	マイナ保険証 利用登録の有無 有 <input type="checkbox"/> 無 <input checked="" type="checkbox"/>	昭平 令	49年 11月 20日	男 <input checked="" type="checkbox"/> 女 <input type="checkbox"/>	本人	新・旧	本人	新・旧
個人番号		職業		在留資格・特定活動の内容		個人番号の変更				
1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1		自営業(農業)				有 <input type="checkbox"/> 無 <input checked="" type="checkbox"/>		年 月 日		
2	(フリガナ) トンダバヤシ ハナコ 富田林 花子	マイナ保険証 利用登録の有無 有 <input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/>	昭平 令	53年 4月 10日	男 <input type="checkbox"/> 女 <input checked="" type="checkbox"/>	妻	新・旧	妻	新・旧	
個人番号		職業		在留資格・特定活動の内容		個人番号の変更				
3 3 3 3 3 3 3 3 3 3 3 3 3		アルバイト				有 <input type="checkbox"/> 無 <input checked="" type="checkbox"/>		年 月 日		
3	(フリガナ) トンダバヤシ タロウ 富田林 太郎	マイナ保険証 利用登録の有無 有 <input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/>	昭平 令	14年 12月 15日	男 <input checked="" type="checkbox"/> 女 <input type="checkbox"/>	子	新・旧	子	新・旧	
個人番号		職業		在留資格・特定活動の内容		個人番号の変更				
9 9 9 9 9 9 9 9 9 9 9 9 9		学生				有 <input type="checkbox"/> 無 <input checked="" type="checkbox"/>		年 月 日		
4	(フリガナ) ジョー バスレハム JOE BETHLEHEM	マイナ保険証 利用登録の有無 有 <input type="checkbox"/> 無 <input checked="" type="checkbox"/>	昭平 令	11年 8月 7日	男 <input checked="" type="checkbox"/> 女 <input type="checkbox"/>	同居人	新・旧	同居人	新・旧	
個人番号		職業		在留資格・特定活動の内容		個人番号の変更				
8 8 8 8 8 8 8 8 8 8 8 8 8		技能実習生		耕種農業全般		有 <input type="checkbox"/> 無 <input checked="" type="checkbox"/>		年 月 日		

本人確認	1点	国保証・マイカ・運転免許・旅券・障手帳・在力	保険料	更正・未更正( )	マイナ電	確認日	年 月 日	電話番号と対応者
	2点							

代理人	委任状	担当	号・記号番号
納付	未納・完	番	枝

異動の種類	取得	印収・未回収 正(年 月 日)
	喪失	り(医療機関連絡 金説明・保険者間 窓口 OR 郵送) し
	変更	費の説明 先の確認 料・高額口座の確認

記入は不要です

出生	<input type="checkbox"/> 7月以前の加入の場合、前年度も要 <input type="checkbox"/> 出産一時金の申請の要・不要 <input type="checkbox"/> 要の場合、差額・助産・直接 <input type="checkbox"/> 支払不利用	受付日	年 月 日	番号: 担当:
----	---	-----	-------	------------