

# 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<br>富国                                     | 新  |    |   |
|  | 氏名                        | 富田林 太郎            |                        |   |              |           |           |         |     |       |            | 世帯主との続柄                                |  | 旧  |    |   |
|  | 個人番号                      | 9                 | 9                      | 9 | 9            | 9         | 9         | 9       | 9   | 9     | 9          |  | 9  | 9  | 9  | 9 |
|  | 電話番号                      | ( 0721 ) 25-1000  |                        |   | 続柄           | 子         |           |         |     |       | 得喪日<br>異動日 |  | 年  | 月  | 日  |   |
| <input type="checkbox"/> 届出人は世帯主である(以下の世帯主欄記入不要)   |                           |                   |                        |   |              |           |           |         |     |       |            |  | 太枠内を記入してください                                   |    |    |   |
| 世帯主  | 住所                        |                   |                        |   |              |           |           |         |     |       |            | 転居の場合、旧住所 転出の場合は新住所を記入                 |  |    | 転居 |   |
|  | 氏名                        | 富田林 一郎            |                        |   |              |           |           |         |     |       |            |  |  |    | 転出 |   |
| 電話番号 ( 0721 ) 25-1000  |                           |                   |                        |   |              |           |           |         |     |       |            |  | <input checked="" type="checkbox"/> 上記と同一住所である |    |    |   |
| 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) コンゴウ ハナコ   | 昭平 年 月 日               |   |              |           | 男・女       |         |     | 新     |            |  |  |    |    |   |
|  | 個人番号                      |                   | 職業                     |   | 在留資格・特定活動の内容 |           | 個人番号の変更   |         |     | 旧     |            |  |  |    |    |   |
|  |                           |                   |                        |   |              |           | 有・無 年 月 日 |         |     |       |            |  |  |    |    |   |
|  | 2                         | (フリガナ) トンダバヤシ ハナコ | 昭平 53年 4月 10日          |   |              |           | 男・女       | 妻       |     | 新     |            |  |  |    |    |   |
|  | 個人番号                      |                   | 職業                     |   | 在留資格・特定活動の内容 |           | 個人番号の変更   |         |     | 旧     |            |  |  |    |    |   |
|  | 3 3 3 3 3 3 3 3 3 3 3 3 3 |                   | アルバイト                  |   |              |           | 有 無 年 月 日 |         |     |       |            |  |  |    |    |   |
|  | 3                         | (フリガナ)            | 昭平 年 月 日               |   |              |           | 男・女       |         |     | 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   |         |     |       |            |  |  |    |    |   |
|  |                           |                   |                        |   |              |           | 有・無 年 月 日 |         |     |       |            |  |  |    |    |   |
|  | 4                         | (フリガナ)            | 昭平 年 月 日               |   |              |           | 男・女       |         |     | 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   |         |     |       |            |  |  |    |    |   |
|  |                           |                   |                        |   |              |           | 有・無 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     | 確認日 | 年 月 日 |            | 電話番号と対応者                               |  |    |    |   |
|  |                           | 2点                |                        |   |              |           |           |         |     |       |            |  | 担当   |    |    |   |
|  | 代理人                       | 委任状               |                        |   |              |           |           |         |     |       |            |  | 号・記号番号   |    |    |   |
| 納付   | 未納・完                      |                   |                        |   |              |           |           |         |     |       |            | 番 枝                                    |  |    |    |   |
| 異動の種類  | 取得                        |                   |                        |   |              |           |           |         |     |       |            | 回収・未回収<br>正(年 月 日)                     |  |    |    |   |
|  | 喪失                        |                   |                        |   |              |           |           |         |     |       |            | り(医療機関連絡<br>金説明・保険者間<br>窓口 OR 郵送)<br>し |  |    |    |   |
|  | 変更                        |                   |                        |   |              |           |           |         |     |       |            | 費の説明<br>先の確認<br>料・高額口座の確認              |  |    |    |   |
| <input type="checkbox"/> 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・直接支払不利用 |                           |                   |                        |   |              |           |           |         |     |       |            |  | 受付日  |    |    |   |
| <input type="checkbox"/> 番号: <input type="checkbox"/> 担当:  |                           |                   |                        |   |              |           |           |         |     |       |            |  | 印  | 受付 |    |   |

記入は不要です