

被保険者証 の記号番号	奈 33		世帯主氏名				
資格 <input type="checkbox"/> 取得 <input type="checkbox"/> 喪失 <input type="checkbox"/> 変更	年 月 日	平成・令和 年 月 日	異動区分	全部・一部	世帯主の被保険者 の資格の有無	有・無	
フリガナ 被保険者の氏名			世帯主 との続柄	性別	生年月日	資格	
個人番号						取得理由	
						喪失理由	
1			男・女	<input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和	年 月 日	<input type="checkbox"/> 社会保険離脱 <input type="checkbox"/> 転入 <input type="checkbox"/> 出生 <input type="checkbox"/> 生保廃止 <input type="checkbox"/> 後期離脱 <input type="checkbox"/> 転居 <input type="checkbox"/> 世帯分離 <input type="checkbox"/> 国保組合離脱 <input type="checkbox"/> その他	<input type="checkbox"/> 社会保険加入 <input type="checkbox"/> 転出 <input type="checkbox"/> 死亡 <input type="checkbox"/> 生保開始 <input type="checkbox"/> 後期加入 <input type="checkbox"/> 転居 <input type="checkbox"/> 世帯分離 <input type="checkbox"/> 国保組合加入 <input type="checkbox"/> その他
2			男・女	<input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和	年 月 日		
3			男・女	<input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和	年 月 日		
4			男・女	<input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和	年 月 日		
5			男・女	<input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和	年 月 日		

整理事項	旧被扶	口座確認	滞納有無	税務課	喪失後受診	税更正	確認者
チェック	有・無	有・無	有・無		有・無	済・未	

備考	
<input type="checkbox"/> 裏面確認書にチェック記載確認済(加入時)	
<input type="checkbox"/> 転入前市町村への所得照会済	
<input type="checkbox"/> 後期高齢加入による旧被扶養者の国保加入 ※国保税減免申請書提出	
後期加入者名 _____	

裏面記載の「国民健康保険資格取得に係る確認書」の内容を十分理解した上、上記のとおり届けます。

令和 年 月 日 世帯主住所 広陵町 _____

世帯主氏名 _____

個人番号 _____

連絡先電話番号 _____

(届出人住所)

(届出人氏名)

(続柄) 同世帯の家族 ・ その他()

※同世帯以外の方は、世帯主からの委任状が必要です。

※ 資格喪失の方で、資格喪失日以降に国保で医療機関を受診された方は申し出てください。

届出人確認欄	
1点	個・免・パ・障手・在留・その他()
2点	保・年手・児手・年証・金通・金カ・社証・学証
	その他()
聴取	世帯員名
	生年月日
	続柄