

被保険者証号 奈 33	世帯主氏名 広陵 太郎	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
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 無						
フリガナ 被保険者の氏名 個人番号	世帯主との続柄	性別	生年月日	取得理由	喪失理由	備考			
1 コウリョウ タロウ 広陵 太郎 1234 5678 9101 コウリョウ ハナコ	本人	男 <input checked="" type="radio"/> 男 <input type="radio"/> 女	60年1月1日	<input type="checkbox"/> 社会保険離脱 <input type="checkbox"/> 転入 <input type="checkbox"/> 出生	<input type="checkbox"/> 社会保険加入 <input type="checkbox"/> 転出 <input type="checkbox"/> 死亡	<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 <small>※国保税減免申請書提出</small>			
2 コウリョウ ハナコ 広陵 花子 2345 6789 1011 コウリョウ イチロウ	妻	男 <input checked="" type="radio"/> 男 <input type="radio"/> 女	60年2月1日	<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"/> 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				
3 コウリョウ イチロウ 広陵 一郎 3456 7891 0111	子	男 <input checked="" type="radio"/> 男 <input type="radio"/> 女	1年6月1日	<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"/> 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				
4		男 <input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女		<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"/> 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				
5		男 <input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女		<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"/> 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				

①世帯主名をご記入ください。

②資格を喪失する方全員の情報をご記入ください。
(世帯主も喪失となる場合は世帯主の情報も記入してください。また、マイナンバーがわからない場合は記入を省略できます。)

③記入された日をご記入ください。

④世帯主の情報をご記入ください。

⑤この書類を届け出られる方の情報をご記入ください。

裏面記載「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 4年 1月 1日

世帯主住所 広陵町 大字南郷583番地1

世帯主氏名 広陵 太郎

個人番号 1234 5678 9101

連絡先電話番号 0745 - 55 - 1001

(届出人住所) 同上

(届出人氏名) 広陵 花子

(続柄) 同世帯の家族

届出人確認欄

その他()

聴取 世帯員名

生年月日

続柄

※ 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。

※同世帯以外の方は、世帯主からの委任状が必要です。