

蕨市長あて

国民健康保険被保険者資格異動届

国保

届出 年月日	令和 年 月 日	届出人 (世帯主)					届出人 電話番号					資格 確認書 ・ 資格情報 のお知らせ 交付	手渡し	郵送	資格 確認書 回収	全部	一部																																																																																																			
住所	埼玉県蕨市						届出人 個人番号										()																																																																																																			
世帯主			性別	生年月日		国保番号		代理人 住所					転入日																																																																																																							
									転入前 住所																																																																																																											
氏名 (フリガナ)			性別	職業	国保資格異動年月日	マイナンバーカードの 健康保険証利用登録の有無 (資格喪失時はチェック不要)																																																																																																														
生年月日 住民コード 枝番 続柄					異動事由																																																																																																															
1						年 月 日	☐ 有 ☐ 無 ☐ 不明		<table><tr><td colspan="2">氏 名</td><td>資格取得年月日</td><td>資格喪失年月日</td></tr><tr><td>本人</td><td></td><td>年 月 日</td><td>年 月 日</td></tr><tr><td rowspan="3">被扶養者</td><td></td><td>年 月 日</td><td>年 月 日</td></tr><tr><td></td><td>年 月 日</td><td>年 月 日</td></tr><tr><td></td><td>年 月 日</td><td>年 月 日</td></tr><tr><td colspan="2">保 険 者 名</td><td colspan="12"></td></tr><tr><td colspan="2">保 険 者 番 号</td><td colspan="12"></td></tr><tr><td colspan="2">本人記号番号</td><td colspan="4"></td><td colspan="4"></td></tr><tr><td colspan="14">事業所 所 在 地</td></tr><tr><td colspan="14">名 称</td></tr><tr><td colspan="14">T E L</td></tr></table>										氏 名		資格取得年月日	資格喪失年月日	本人		年 月 日	年 月 日	被扶養者		年 月 日	年 月 日		年 月 日	年 月 日		年 月 日	年 月 日	保 険 者 名														保 険 者 番 号														本人記号番号										事業所 所 在 地														名 称														T E L													
	氏 名		資格取得年月日	資格喪失年月日																																																																																																																
	本人		年 月 日	年 月 日																																																																																																																
被扶養者		年 月 日	年 月 日																																																																																																																	
		年 月 日	年 月 日																																																																																																																	
		年 月 日	年 月 日																																																																																																																	
保 険 者 名																																																																																																																				
保 険 者 番 号																																																																																																																				
本人記号番号																																																																																																																				
事業所 所 在 地																																																																																																																				
名 称																																																																																																																				
T E L																																																																																																																				
					年 月 日	☐ 有 ☐ 無 ☐ 不明																																																																																																														
個人番号																																																																																																																				
2						年 月 日	☐ 有 ☐ 無 ☐ 不明																																																																																																													
	個人番号																																																																																																																			
3						年 月 日	☐ 有 ☐ 無 ☐ 不明																																																																																																													
	個人番号																																																																																																																			
4						年 月 日	☐ 有 ☐ 無 ☐ 不明																																																																																																													
	個人番号																																																																																																																			
5						年 月 日	☐ 有 ☐ 無 ☐ 不明																																																																																																													
	個人番号																																																																																																																			

1、保険税の支払い方法について、口座振替を希望される方は、下記の□にチェックを入れてください。 ☐ 口座振替登録を希望する 利用する金融機関 () 2、社会保険を喪失し、会社の都合によりご退職された場合には、下記の□にチェックを入れてください。 ☐ 会社の都合による退職にあたります (会社都合退職に係る書類を資格確認書等とともに送付いたします。)	担 当 処 理 欄					(備考)														
	受付	入力	修正	審査																
						<table><tr><td>医療</td><td>年金</td><td>児童</td><td></td><td></td></tr><tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr></table>					医療	年金	児童							
	医療	年金	児童																	
発行 年月日	令和 年 月 日																			