

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)	蕨 太郎		届出人 電話番号	048-433-****				保険証 交付	手渡し	郵送		全部	一部																																																																				
住所	埼玉県蕨市 中央1-14-15 ワラビマンション 101号				届出人 個人番号	1	2	3	4		5	6	*	*	*	*	*	*																																																																	
世帯主	ワラビ タロウ		性別	生年月日	国保番号		代理人 住所				転入前 住所																																																																								
	蕨 太郎		男	昭和〇〇年△月××日																																																																															
氏名 (フリガナ)		性別	職業	国保資格異動年月日		<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">氏 名</td><td colspan="2">資格取得年月日</td><td colspan="2">資格喪失年月日</td></tr><tr><td colspan="2">本人</td><td colspan="2">年 月 日</td><td colspan="2">年 月 日</td></tr><tr><td colspan="2" rowspan="3">被扶養者</td><td colspan="2">年 月 日</td><td colspan="2">年 月 日</td></tr><tr><td colspan="2">年 月 日</td><td colspan="2">年 月 日</td></tr><tr><td colspan="2">年 月 日</td><td colspan="2">年 月 日</td></tr><tr><td colspan="2">氏 名</td><td colspan="2"></td><td colspan="2"></td></tr><tr><td colspan="2">氏 名</td><td colspan="2"></td><td colspan="2"></td></tr><tr><td colspan="2">氏 名</td><td colspan="2"></td><td colspan="2"></td></tr><tr><td colspan="2">氏 名</td><td colspan="2"></td><td colspan="2"></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	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		氏 名						氏 名						氏 名						氏 名					
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																																																																																
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																																																																															
氏 名																																																																																			
氏 名																																																																																			
氏 名																																																																																			
氏 名																																																																																			
1	ワラビ タロウ 蕨 太郎 男		自営業	年 月 日																																																																															
昭和〇〇年△月××日																																																																																			
個人番号 1 2 3 4 5 6 * * * * * *																																																																																			
2	ワラビ ハナコ 蕨 花子 女		無職	年 月 日																																																																															
昭和〇〇年△月×□日																																																																																			
個人番号 7 8 9 1 0 2 * * * * * *																																																																																			
3	ワラビ イチタ 蕨 一太 男		無職	年 月 日																																																																															
平成〇〇年△月×〇日																																																																																			
個人番号 4 5 6 7 8 9 * * * * * *																																																																																			
4				年 月 日																																																																															
個人番号																																																																																			
5				年 月 日																																																																															
個人番号																																																																																			

今回の手続きで新たに国民健康保険に加入する人について記入してください。

☒のみで手続きは完了しません。追加資料を送付いたしますので、お手続きをお願いします。  
  
口座振替のできる金融機関・・・埼玉りそな銀行、りそな銀行、武蔵野銀行、川口信用金庫、三井住友銀行、滝野川信用金庫、城北信用金庫、青木信用金庫、みずほ銀行、東京信用金庫、群馬銀行、巢鴨信用金庫、東京スター銀行、中央労働金庫、東和銀行、さいたま農業協同組合  
口座振替のできるゆうちょ銀行・・・東京都、埼玉県、神奈川県、千葉県、群馬県、栃木県、茨城県、山梨県の各ゆうちょ銀行  
  
会社の都合による退職を示す書類・・・雇用保険受給資格者証（ハローワーク発行）  
後日、申請書（保険証に同封）と雇用保険受給資格者証の両面の写しをご提出いただきます。  
雇用保険受給資格者証の離職理由が「11・12・21・22・23・31・32・33・34」のいずれか

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（ 埼玉りそな銀行 ）  
  
2、65歳未満の方で、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保険証とともにお送りいたします。）