

国民健康保険被保険者 資格取得届

四国中央市長 様

年 月 日

被保険者証 番号		届出人氏名	<input type="checkbox"/> 世帯主 世帯主との続柄()
住所	<input type="checkbox"/> 四国中央市 方書 <small>(アパート等の名称 および居室番号)</small>		電話番号
No.	ふりがな 被保険者氏名	生年月日	続柄
世帯主		大昭 平令	本人
			資格 枝番
			主・擬
			適用開始日
			福祉医療
			保険証
			母・乳・心
			交付 未交付
			個人番号
2		昭和 平成 令和	員
			員
			適用開始日
			福祉医療
			保険証
			母・乳・心
			交付 未交付
			個人番号
3		昭和 平成 令和	員
			員
			適用開始日
			福祉医療
			保険証
			母・乳・心
			交付 未交付
			個人番号
4		昭和 平成 令和	員
			員
			適用開始日
			福祉医療
			保険証
			母・乳・心
			交付 未交付
			個人番号
5		昭和 平成 令和	員
			員
			適用開始日
			福祉医療
			保険証
			母・乳・心
			交付 未交付
			個人番号
6		昭和 平成 令和	員
			員
			適用開始日
			福祉医療
			保険証
			母・乳・心
			交付 未交付
			個人番号

処	取得事由	交付枚数	備考欄
理 事 項	・ ・ ・ ・ ・ 転社生擬組後そ 入保保主合期の 脱離廃取離離他 入脱止得脱脱取 得	交付 枚 ミス 枚	
		本人確認	
		免・マイナンバーカード その他()	
確 認 事 項	<input type="checkbox"/> 任意継続 (資格喪失社保資格喪失日から20日以内の方に確認) <input type="checkbox"/> 保険料試算 (試算の依頼があった場合は賦課係へ確認) <input type="checkbox"/> 有効期限 (通常証の有効期限が7月末でない場合は資格係へ確認) <input type="checkbox"/> 口座 (登録希望の申出があった場合は振替依頼書を記入) <input type="checkbox"/> 滞納 (ありの場合は収納係へ確認 ※確認するまで証交付はしない)		

確認欄	入	力	画	像	資	格	給	付	賦	課	収	納	健	診	医	療	後	期
-----	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---

記入例

国民健康保険被保険者 資格取得届

赤字部分を参考にご記入ください。

四国中央市長 様

令和 ○ 年 ○ 月 ○ 日

被保険者証番号	届出人氏名	<input checked="" type="checkbox"/> 世帯主 ※世帯主ではないときは 氏名・続柄を記入 世帯主との続柄(※)	
住所	<input checked="" type="checkbox"/> 四国中央市 三島宮川4丁目6番55号		電話番号 000-0000-0000
方書 <small>(アパート等の名称および居室番号)</small>			
1 被保険者氏名 ふりがな しこく たろう 四国 太郎	生年月日 大(昭)平令 S40・4・1	1 世帯主 の氏名・生年月日・個人番号を記入	個人番号 0000 0000 0000
2 被保険者氏名 しこく はなこ 四国 花子	昭(和)平成令 S40・4・1	妻	員 母・乳・心 交付 未交付 個人番号 0000 0000 0000
3 被保険者氏名 しこく いちろう 四国 一郎	昭(和)平成令 H15・4・1	子	員 母・乳・心 交付 未交付 個人番号 0000 0000 0000
4 被保険者氏名 しこく じろう 四国 次郎	昭(和)平成令 H15・4・1	子	員 母・乳・心 交付 未交付 個人番号 0000 0000 0000
5 被保険者氏名 しこく さぶろう 四国 三郎	昭(和)平成令 H15・4・1	子	員 母・乳・心 交付 未交付 個人番号 0000 0000 0000
6 被保険者氏名 しこく よしこ 四国 美子	昭(和)平成令 H15・4・1	子	員 母・乳・心 交付 未交付 個人番号 0000 0000 0000

2 国保に加入される方

の氏名・生年月日・個人番号を記入

処 理 事 項	取得事由 ・ 転社保入 ・ 生保離脱 ・ 擬廃止 ・ 主取 ・ 組合 ・ 後期離脱 ・ その他取得	交付 交付枚 本人確認 免・マイナンバーカード その他()
	確認事項 <input type="checkbox"/> 任意継続 (資格喪失社保資格喪失日から20日以内の方に確認) <input type="checkbox"/> 保険料試算 (試算の依頼があった場合は賦課係へ確認) <input type="checkbox"/> 有効期限 (通常証の有効期限が7月末でない場合は資格係へ確認) <input type="checkbox"/> 口座 (登録希望の申出があった場合は振替依頼書を記入) <input type="checkbox"/> 滞納 (ありの場合は収納係へ確認 ※確認するまで証交付はしない)	

確認欄	入力	画像	資格	給付	賦課	収納	健診	医療	後期
-----	----	----	----	----	----	----	----	----	----