

# 国民健康保険被保険者資格取得届

取得

国保番号	奈7							
加入区分	新規	追加	擬制	適用開始年月日	令和	年	月	日

届出日 令和 年 月 日

住所	五條市			世帯主氏名				
個人番号	TEL			世帯主の生年月日	大昭平令	年	月	日
国保加入する方の氏名		生年月日		続柄	個人番号	適用開始の理由		
1	昭平令		・	・		1. 社会保険離脱		
2	昭平令		・	・		2. 社保任継資格喪失		
3	昭平令		・	・		3. 生活保護廃止 (年 月 日)		
4	昭平令		・	・		4. 永住許可		
5	昭平令		・	・		5. 職権復活		
6	昭平令		・	・		6. その他		

## 健保等の離脱証明書

事業所の所在地

資格喪失日

年 月 日  
(退職日 年 月 日)

事業所の名称

保険証記号番号

令和 年 月 日

上記のとおり証明します。

事業所名  
電話番号

担当者名

### ※以下保険年金課記入欄

被保険者証・高齢証 発行	<input type="checkbox"/> 窓口交付 <input type="checkbox"/> 郵送
課税区分再判定	高齢証 差替え ( <input type="checkbox"/> 必要 <input type="checkbox"/> 不要 )
	限度額適用認定証 差替え ( <input type="checkbox"/> 必要 <input type="checkbox"/> 不要 )
	[必要な場合] <input type="checkbox"/> 窓口交付 <input type="checkbox"/> 郵送
年金係引継ぎ (20歳~60歳)	※任継資格喪失の場合不要
福祉医療係引継ぎ	

本人確認 (届出人)	
<input type="checkbox"/> マイナンバーカード	<input type="checkbox"/> 運転免許証
<input type="checkbox"/> パスポート	<input type="checkbox"/> 手帳
<input type="checkbox"/> その他 ( )	
世帯主・世帯員	様
代理人	様
確認者	