

# 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	保険証利用登録の有無	適用開始の理由
1	昭平令 . .					有・無 不明	1.社会保険離脱
2	昭平令 . .					有・無 不明	2.社保任継資格喪失
3	昭平令 . .					有・無 不明	3.生活保護廃止(年月日)
4	昭平令 . .					有・無 不明	4.永住許可
5	昭平令 . .					有・無 不明	5.職権復活
6	昭平令 . .					有・無 不明	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

資格確認書・資格情報のお知らせ ・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	