

国民健康保険 国民年金 に関する届出書

年 月 日届

大田市長

様

次のとおり、届け出ます。

国民健康保険等に関する事項を届け出るかたの住所・氏名等		
住所	大田市 町	番地
氏名		
1. 世帯主 2. 同一世帯の世帯員 3. その他		
世帯主氏名	電話番号	

1	ふりがな 氏名	生年月日・続柄	国民健康保険に関する事項		国民年金に関する事項		個人番号・その他	
			異動事由・年月日	取得(開始) 喪失(終了)	番号/異動事由・年月日	取得 喪失	個人番号	福祉・乳児・子ども・学生・遠隔・住特・特疾
	65歳以上 且つ障害 者手帳の 所持 有 無	年 月 日 続柄 []	一般 退本 退扶	取得(開始) 喪失(終了)	取得 喪失	個人番号	福祉・乳児・子ども・学生・遠隔・住特・特疾	
	有 無	年 月 日 続柄 []	一般 退本 退扶	取得(開始) 喪失(終了)	取得 喪失	個人番号	福祉・乳児・子ども・学生・遠隔・住特・特疾	
	有 無	年 月 日 続柄 []	一般 退本 退扶	取得(開始) 喪失(終了)	取得 喪失	個人番号	福祉・乳児・子ども・学生・遠隔・住特・特疾	
	有 無	年 月 日 続柄 []	一般 退本 退扶	取得(開始) 喪失(終了)	取得 喪失	個人番号	福祉・乳児・子ども・学生・遠隔・住特・特疾	
	有 無	年 月 日 続柄 []	一般 退本 退扶	取得(開始) 喪失(終了)	取得 喪失	個人番号	福祉・乳児・子ども・学生・遠隔・住特・特疾	

<p>国民健康保険の喪失を届け出る場合は、この欄にもご記入ください</p> <p>この異動に係る被保険者情報について、保険診療の保険者確認の為、受診した医療機関へ情報提供することに同意します。</p> <p>年 月 日 氏名</p>	<p>離職理由</p> <p><input type="checkbox"/> 自己都合 <input type="checkbox"/> 非自発的</p> <p>雇用保険受給</p> <p><input type="checkbox"/> 有り <input type="checkbox"/> 無し</p>	<p>届出人世帯とは別世帯のかたが届け出た場合は、この欄にもご記入ください</p> <p>【別世帯の届出人】 ※別途、代理権の確認書類が必要です。</p> <p>住所</p> <p>氏名 (年 月 日生)</p>
---	---	--

受付	取得(開始)・喪失(終了)区分	取得(適用開始)事由	喪失(適用終了)事由	チェック欄
市民課 支所 (温泉津・仁摩) その他 () (受付者)	取得(開始) 追加 喪失(終了) 一部	1. 社保離脱 2. 国組離脱 3. 扶養除外 4. 生保廃止 5. 後期離脱 6. その他 ()	1. 社保加入 2. 国組加入 3. 扶養認定 4. 生保開始 5. 障がい認定 6. その他 ()	<input type="checkbox"/> 扶養口頭確認 <input type="checkbox"/> 市町村照会専用電話確認 (喪失時確認) 遡及分受診 有・無 「有」の場合、医療機関(病院、薬局等)

国保証 記号・番号	保険証処理(件数)		国保世帯残人員			処理	照合	徴収	
05-	回収	一般 退職	種別	一般	退職				
	未回収	一般 退職		普通					
	交付	一般 退職		擬制	人				人

来庁者区分	世帯主本人 同一世帯員	法定代理人(後見、親権等) 登記事項証明書 住民基本台帳 その他 []	左の者以外 委任状 本人固有の書類(保険証等) その他 []	来庁者本人確認 個人番号カード 免許証 旅券 身障手帳 療育手帳 精神手帳 健康保険証 介護保険証 年金証書 その他 []
-------	----------------	---	--	---

来庁者区分が「法定代理人」「左の者以外」については、代理権を確認すること。本人確認書類は、写真つきは1点、写真なしは2点確認すること。