

様式第1号 (第9条関係)

国民健康保険資格 (取得・喪失・変更) 届

世帯番号		国保番号		資格取得、喪失及び変更事由				
世帯の種類別		普通	擬制	普通→擬制	擬制→普通	取得 新規 追加	1 出生 2 転入 3 社保離脱 4 生保廃止 5 その他 ( )	
資格得喪年月日		変更年月日					喪失 全部 一部	1 死亡 2 転出 3 社保加入 4 生保開始 5 その他 ( )
被保険者氏名 個人番号		性別	主との 続柄	生年月日		被保険者番号	変更	1 世帯合併 2 世帯分離 3 世帯変更 4 住所氏名変更 5 世帯主変更 6 その他 ( )
1	個人番号	男女		昭和 平成 西暦			添付 書類	<input type="checkbox"/> 退職・資格喪失証明書(写) <input type="checkbox"/> 社会保険被保険者証(写) <input type="checkbox"/> 年金情報照会画面 <input type="checkbox"/> 在留カード(写)等 <input type="checkbox"/> その他 ( )
2	個人番号	男女		昭和 平成 西暦			桜川市長 様 上記のとおり届出いたします。 年 月 日 (世帯主) 住 所: 桜川市 氏 名: (印) 個人番号: 電話: ( ) (届出人) <input type="checkbox"/> 世帯主 <input type="checkbox"/> その他 ( ) 氏名: (印) 電話: ( ) 住所: 電話: ( )	
3	個人番号	男女		昭和 平成 西暦				
4	個人番号	男女		昭和 平成 西暦				
5	個人番号	男女		昭和 平成 西暦				
6	個人番号	男女		昭和 平成 西暦				
6	個人番号	男女		昭和 平成 西暦				
処 理 欄	取扱者	診療の有無、氏名、医療機関		保険証・高齢受給者証		特記事項		
		<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 ( )		<input type="checkbox"/> 交付 <input type="checkbox"/> 郵送 <input type="checkbox"/> 回収 <input type="checkbox"/> 訂正		本人確認: <input type="checkbox"/> 運転免許証 <input type="checkbox"/> 健康保険証 <input type="checkbox"/> パスポート <input type="checkbox"/> 個人番号カード <input type="checkbox"/> その他 ( )		