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 | | |
| 世帯の種別 | | | 普通 | 擬制 | | | | | 普通→擬制 | | | | 擬制→普通 | | 取得 | 新規 | 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 | | | | ・　　　・ | | | | 追加 |
| 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 | 喪失 | 全部 | １死亡　　２転出　　３社保加入  　４生保開始　　５その他（　　　　　　　　） |
| 一部 |
| １ |  | | | | 男  女 | | |  | | 昭和  平成　　　・　 ・  西暦 | | | |  | 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（　　　　　　　　　　　） | |
| 個人番号 | | | |
| ２ |  | | | | 男  女 | | |  | | 昭和  平成　　　・　 ・  西暦 | | | |  | 添付書類 | □退職・資格喪失証明書(写)　□社会保険被保険者証(写)  □年金情報照会画面　　　　　□在留カード(写)等  □その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） | |
| 個人番号 | | | |
| ３ |  | | | | 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：  個人番号：　　　　　　　　　　電話：　　　（　　） | | |
| 個人番号 | | | |
| ４ |  | | | | 男  女 | | |  | | 昭和  平成　　　・　 ・  西暦 | | | |  |
| 個人番号 | | | |
| ５ |  | | | | 男  女 | | |  | | 昭和  平成　　　・　 ・  西暦 | | | |  |
| 個人番号 | | | |
| ６ |  | | | | 男  女 | | |  | | 昭和  平成　　　・　 ・  西暦 | | | |  | （届出人）　□世帯主　□その他（　　　　　）  　氏名：  住所：　　　　　　　　　　　　　　電話：　　（　　） | | |
| 個人番号 | | | |
| 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 | | |
|  | □無  □有（　　　　　　　　　） | | | | □交付　□郵送  □回収　□訂正 | | | | | |  | | | 本人確認：□運転免許証　　　□健康保険証　　□パスポート  　　　　　□個人番号カード　□その他（　　　　　　　　　　） | | |