

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 一部 4 生保開始 5 その他 ()
1		男女		・		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		・		添付書類	<input type="checkbox"/> 退職・資格喪失証明書(写) <input type="checkbox"/> 資格確認書(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 ()
	個人番号						
3		男女		・		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 : 氏 名 : 個人番号 : 電話 : () (届出人) <input type="checkbox"/> 世帯主 <input type="checkbox"/> その他 () 氏名 : 住所 : 電話 : ()	
	個人番号						
4		男女		・			
	個人番号						
5		男女		・			
	個人番号						
6		男女		・			
	個人番号						
処 理 欄	取扱者	診療の有無、氏名、医療機関	資格確認書等	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"/> パスポート <input type="checkbox"/> 個人番号カード <input type="checkbox"/> その他 ()	