

国民健康保険被保険者資格取得届【新規・追加・再取得(全員・一部)】

(あて先) 松江市長

私は、下記のとおり国民健康保険法第9条および同法施行規則第2条第1項、第3条の規定に基づき届出します。

太枠の中をご記入ください。

令和 年 月 日

世帯主	住所	電話		- -	
	氏名	個人番号			
届出人	*届出人が世帯主以外の場合は、ご記入ください。 □世帯員(世帯主との続柄:) □その他() *委任状必要				
	住所	□世帯主と同じ 松江市			
	氏名	電話	- -		

記号・番号 01 -

氏名		世帯主 と続 柄	性別	生年月日	個人番号
既加入者	1 (フリガナ)		男女	昭和 平成 令和 年 月 日	
	2 (フリガナ)		男女	昭和 平成 令和 年 月 日	
	3 (フリガナ)		男女	昭和 平成 令和 年 月 日	
新規加入者	1 (フリガナ)		男女	昭和 平成 令和 年 月 日	
	2 (フリガナ)		男女	昭和 平成 令和 年 月 日	
	3 (フリガナ)		男女	昭和 平成 令和 年 月 日	
	4 (フリガナ)		男女	昭和 平成 令和 年 月 日	
	5 (フリガナ)		男女	昭和 平成 令和 年 月 日	

世帯番号	取得年月日		平成・令和 年 月 日		
承諾確認欄	<input type="checkbox"/> 資格取得年月日まで保険料が遡る事を承諾します。(最大2年間) <input type="checkbox"/> 世帯主宛に被保険者証・納付通知書・納付書等が送付される事を承諾します。		資格取得事由	社保離脱 転入 出生 生活保護停止・廃止 国保組合離脱 後期高齢離脱 その他()	
	他の健康保険資格取得・喪失状況			<input type="checkbox"/> 別紙証明書添付	本人確認 様を確認
資格取得年月日	昭和・平成・令和 年 月 日	資格喪失年月日	昭和・平成・令和 年 月 日		
勤務先等の名称 所在地・連絡先		担当 様に確認		※写真付きのものは1点、以外のは2点 <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"/> 住基カード(写真付き) <input type="checkbox"/> 在留カード <input type="checkbox"/> 世帯員の保険証(国保等) <input type="checkbox"/> 各種医療受給者証 <input type="checkbox"/> その他[]	
審査	[資格]	任意継続検討	未納の有・無 収納係連絡	納付方法 (前) 自主・口座・特徴 (後) 自主・口座・特徴	
		国保料試算	退職該当の有無	賦課明細書 旧国保 有(黒・赤) 無	
		社会保険扶養検討	世帯メモ確認	納付(更正)通知書 再加入 有 無	
	[賦課]	非自発該当	被用者保険被扶養者(旧被)	更正決定決議書 ×モ	
		所得情報	公費非該当の確認	口座振替依頼書	
入力者		国保申告書	宛名(送付先・電話番号)	年金関係届	
		給付管理案内(出・限・疾)	保険証	免除申請	
		子ども医療③案内	高齢受給者証		

HP版

◎ご注意

郵送提出の場合は、別紙「チェックシート」も必ず同封してください。不備のある場合は返送させていただきます。