

国民健康保険被保険者  
(資格取得・喪失/適用開始・終了)届

目黒区長あて

届出日

住所

電話(世帯主)

お窓の  
越し口  
のかたに

世帯主  
世帯員  
( )  
代理人  
( )

世帯主以外  
の場合

氏名

電話番号

□世帯主と同居所(記載省略)

住所

□代理人住所

ふりがな

世帯主名

個人番号

世帯主の生年月日

年 月 日

加入又は脱退する人

性別

世帯主との  
続柄

マイナ保険証  
の保有

職 業

加入をする場合、以前の健康保険の資格喪失証明書が無い場合は、下記の太枠の中を記入してください

|   |      |        |             |                          |   |
|---|------|--------|-------------|--------------------------|---|
| 1 | ふりがな | 男<br>女 | 住<br>定<br>日 | あり<br>・<br>なし<br>・<br>不明 | 自営業(法人・個人)<br>会社員(法人・個人)<br>学生<br>無職・求職中<br>アルバイト・パート<br>その他( ) |
|   | 氏 名  |        |             |                          |   |
|   | 生年月日 |        |             |                          |   |
|   | 個人番号 |        |             |                          |   |
| 2 | ふりがな | 男<br>女 | 住<br>定<br>日 | あり<br>・<br>なし<br>・<br>不明 | 自営業(法人・個人)<br>会社員(法人・個人)<br>学生<br>無職・求職中<br>アルバイト・パート<br>その他( ) |
|   | 氏 名  |        |             |                          |   |
|   | 生年月日 |        |             |                          |   |
|   | 個人番号 |        |             |                          |   |
| 3 | ふりがな | 男<br>女 | 住<br>定<br>日 | あり<br>・<br>なし<br>・<br>不明 | 自営業(法人・個人)<br>会社員(法人・個人)<br>学生<br>無職・求職中<br>アルバイト・パート<br>その他( ) |
|   | 氏 名  |        |             |                          |   |
|   | 生年月日 |        |             |                          |   |
|   | 個人番号 |        |             |                          |   |
| 4 | ふりがな | 男<br>女 | 住<br>定<br>日 | あり<br>・<br>なし<br>・<br>不明 | 自営業(法人・個人)<br>会社員(法人・個人)<br>学生<br>無職・求職中<br>アルバイト・パート<br>その他( ) |
|   | 氏 名  |        |             |                          |   |
|   | 生年月日 |        |             |                          |   |
|   | 個人番号 |        |             |                          |   |

|  |                      |
|--|----------------------|
| 会社名  |                      |
| 所在地  |                      |
| 電 話 ( )  | 担当者 様                |
| 退職年月日 年 月 日  | 自己都合 ・ 会社都合          |
| 資格取得日 年 月 日  | 資格喪失日 年 月 日          |
| 保険者番号 ( )  | 記号 番号                |
| 全国健康保険協会<br>健康保険組合<br>共済組合<br>国民健康保険組合   | 扶養喪失のとき              |
| 電話 ( )   | 扶養者氏名 扶養者の生年月日 年 月 日 |
| <b>&lt;備考欄&gt;</b><br><input type="checkbox"/> 任意継続 ( 説明済 ・ 希望しない )<br><input type="checkbox"/> 非自発的失業軽減説明済<br><input type="checkbox"/> 非自発期間内再該当<br><input type="checkbox"/> 国保取得のための証明書 ( 有 ・ 無 )<br><input type="checkbox"/> 国保喪失のための証明書 ( 有 ・ 無 )<br><input type="checkbox"/> 旧被扶養減免 ( 有 ・ 無 )証明書 ( 有 ・ 無 )<br><input type="checkbox"/> 遡及説明済<br><input type="checkbox"/> 擬制世帯主説明済 |                      |
| 国民健康保険法施行規則の規定により、届書には届出人(世帯主)及び被保険者の個人番号を記載しなければなりません。  |                      |
| 個人番号確認   |                      |
| 端末 個力 通力 住民票   |                      |

|           |                 |
|-----------|-----------------|
| 本年1月1日の住所 | 今回の加入・脱退者 ( 名 ) |
| 昨年1月1日の住所 |                 |

| 資格異動年月日 |          | 変 更    |                       | 擬主 |     | 有 ・ 無 |  | 世帯変更 |  | 有 ・ 無 |  |
|---------|----------|--------|-----------------------|----|-----|-------|--|------|--|-------|--|
| 加入      | 全部<br>一部 | 種<br>別 | 被<br>保<br>険<br>者<br>証 | 現  | 10- |       |  |      |  |       |  |
| 脱退      | 全部<br>一部 | 前<br>後 |                       | 新  | 10- |       |  |      |  |       |  |

| 取得事由  | 喪失事由   | 窓口来庁者の本人確認   | 点 検 | 処理・入力           | 高齢証             |
|---|--|--|-----|-----------------|-----------------|
| 転入<br>社保離脱<br>生保廃止<br>出生<br>その他取得<br>組合離脱<br>後期高齢離脱 | 転出<br>社保加入<br>生保開始<br>死亡<br>職権喪失<br>その他喪失日<br>組合加入<br>後期高齢該当 | 免許証<br>パスポート<br>年金手帳<br>住基カード(写真有)<br>保険証(国保証・社保証)<br>マイナンバーカード<br>その他 ( ) |     | 交付・訂正<br>回収・未回収 | 交付・訂正<br>回収・未回収 |