

※この届出のうち、事務処理に必要な事項は、電子計算組織に記録し処理します。

国民健康保険被保険者

## 資格喪失

適用終了

雇

## 記載例

届出日		〇〇 年 〇〇 月 〇〇 日		国民健康保険被保険者		資格喪失		適用終了	
届出人		フリガナ <span style="color: red;">コクホ ケンシン</span> 氏 名 <span style="color: red; font-size: 1.5em;">国保 検診</span>				世帯主との関係			
						本人			
						電話番号		〇〇〇 ( 〇〇〇〇 ) 〇〇〇〇	
世帯主		フリガナ <span style="color: red;">〇〇〇〇〇〇</span> 氏 名 <span style="color: red;">届出人と同じ</span>				住 所			
						中野区		弥生町 〇丁目 〇番 〇号	
								<span style="color: red;">メゾン〇〇 〇〇〇号室</span>	
		個人番号				電話番号			
		〇 〇 〇 〇 〇 〇 〇 〇 〇 〇 〇 〇				〇〇〇 ( 〇〇〇〇 ) 〇〇〇〇			
従前又は変更後の住所						丁目		番	
								号	
<span style="color: red;">(住所異動を伴うものでない場合は、この欄の記入は不要)</span>									

届	「適用開始」 都内の他区市町村における国保加入者が、 <input type="checkbox"/> 中野区に転入して引き続き国保に加入する場合		記載例
	「適用終了」 中野区における国保加入者が、 <input type="checkbox"/> 都内の他区市町村に転出する場合		
得喪等 確認方法	1	号 号	記号 番号
	2	「資格取得」 ①職場の健康保険をやめて国保に加入する場合 ②生活保護廃止により国保に加入する場合 ③都外から中野区への転入と同時に国保に加入する場合	
	3	「資格喪失」 ①職場の健康保険に加入したことにより国保をやめる場合 ②生活保護開始により国保をやめる場合 ③中野区から都外へ転出する場合	

枝番	資格を取得又は喪失する人 (適用を開始又は終了する人)	性別	マイナンバー カードの保険証 利用登録有無	生年月日	世帯主 との続柄	職業等
71ガナ	届出人と同じ	男	有・無	S63・3・3	主	自営業
		女	個人番号	〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇		
				個人番号の変更時期	年 月 日	
71ガナ	コクホ ケンコウエ	男	有・無	S63・7・7	妻	無職
	国保 健康江	女	個人番号	〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇		
				個人番号の変更時期	年 月 日	
71ガナ	コクホ イリヨウジ	男	有・無	H28・8・8	子	小学生
	国保 医療治	女	個人番号	〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇		
				個人番号の変更時期	年 月 日	
71ガナ		男・女	有・無	・		
			個人番号			
				個人番号の変更時期	年 月 日	

特定同一世帯 所属者の有無	在留資格・活動目的 (外国人の方)	帳票種別	交付	回収	その他
有の場合 <input type="checkbox"/> 該当年月日	<input type="checkbox"/> 特定活動 ( ) <input type="checkbox"/> 留学 <input type="checkbox"/> 家族滞在	<input type="checkbox"/> 資格確認書 <input type="checkbox"/> 資格情報のお知らせ 割 . .	窓口 郵送 未交付	回収 未回収 紛失	区民年月日 年 月 日 在留期限 年 月 日
該当年月日 年 月 日	<input type="checkbox"/> 留学 <input type="checkbox"/> 家族滞在 <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 資格確認書 <input type="checkbox"/> 資格情報のお知らせ 割 . .	窓口 郵送 未交付	回収 未回収 紛失	区民年月日 年 月 日 在留期限 年 月 日
有の場合 <input type="checkbox"/> 該当年月日 年 月 日	<input type="checkbox"/> 特定活動 ( ) <input type="checkbox"/> 留学 <input type="checkbox"/> 家族滞在 <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 資格確認書 <input type="checkbox"/> 資格情報のお知らせ 割 . .	窓口 郵送 未交付	回収 未回収 紛失	区民年月日 年 月 日 在留期限 年 月 日
有の場合 <input type="checkbox"/> 該当年月日 年 月 日	<input type="checkbox"/> 特定活動 ( ) <input type="checkbox"/> 留学 <input type="checkbox"/> 家族滞在 <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 資格確認書 <input type="checkbox"/> 資格情報のお知らせ 割 . .	窓口 郵送 未交付	回収 未回収 紛失	区民年月日 年 月 日 在留期限 年 月 日

国民健康保険の 資格を取得する (適用を開始する)	理由	国民健康保険の 資格を喪失する (適用を終了する)	理由
ア (退職した)会社等の名称 <b>株式会社 △△△△△</b> 電話 ○○ (○○○○) ○○○○ <input checked="" type="checkbox"/> 退職した <input type="checkbox"/> 任意継続が終了した <input type="checkbox"/> 雇用形態が変わった <input checked="" type="checkbox"/> 扶養からはずれた (続柄 <b>妻、子</b> ) どなたの (氏名 <b>国保 検診</b> )		ア (就職した)会社等の名称 電話 ( ) <input type="checkbox"/> 就職した <input type="checkbox"/> 雇用形態が変わった <input type="checkbox"/> 扶養になった (続柄 ) どなたの (氏名 )	
イ 会社等の健康保険の資格を喪失した日 (退職日の翌日) ○○年 ○○月 ○○日		イ 会社等の健康保険の資格を取得した日 年 月 日	
ウ 転入に伴う世帯構成又は世帯主の変更の有無 有の場合(レチェックをつける) <input type="checkbox"/>		ウ 転出に伴う世帯構成又は世帯主の変更の有無 有の場合(レチェックをつける) <input type="checkbox"/>	
エ 生活保護が廃止された(決定通知書添付) 年 月 日 廃止 生活援護課確認 担当者名		エ 生活保護が開始された(決定通知書添付) 年 月 日 開始 印	

申立て欄（世帯における他の国保被保険者の有無等を含む）

地域事務所名	受付番号

郵 送	受 付	入 力	審 査

区確認欄		本人確認		事由コード	
				加入	喪失
<input type="checkbox"/> 保険料説明済	<input type="checkbox"/> マイナンバーカード <input type="checkbox"/> パスポート			11 転入	31 転出
<input type="checkbox"/> 主宛の保険料請求説明済	<input type="checkbox"/> 運転免許証 <input type="checkbox"/> 在留カード			12 社保離脱	32 社保加入
<input type="checkbox"/> 社保拡大チラシ	<input type="checkbox"/> その他（                      ）			13 生保廃止	33 生保開始
<input type="checkbox"/> 滞納整理係案内済				14 出生	34 死亡
	個人番号確認			15 職権適用開始	35 職権適用終了
<input type="checkbox"/> 国保給付係案内済				16 他適用開始	36 他適用終了
<input type="checkbox"/> 国保給付係案内済	書類     ・     その他			18 組合離脱	38 組合加入
<input type="checkbox"/> 国保給付係案内なし	〈関連する記号番号〉 国保被保険者世帯と合併する場合の当該世帯の 記号番号、又は世帯に他の国保被保険者があ る場合はその者の記号番号				
<input type="checkbox"/> マイナンバー不明					