

様式第1号（第9条関係）

国民健康保険被保険者

Step①

お住まいの住所をご記入ください。

番号

住所

さいたま市 浦和区常盤6-4-4

フリガナ

生年月日

性別

続柄

職業

マイナ
保険証国保
区分前期
高

異動

資格取得年月日

被保険者氏名

マイナンバー
個人番号

サイタマ タロウ

昭和 47 年 1 月 1 日

男

世帯主

会社員

有・無

主
持

さいたま 太郎

1 2 3 4 5 6 7 8 9 0 1 2

ハナコ

昭和 47 年 12 月 31 日

女

妻

無職

有・無

擬
被

花子

2 3 4 5 6 7 8 9 0 1 2 3

サクラ

平成 22 年 4 月 5 日

女

子

学生

有・無

主
擬
被

さくら

3 4 5 6 7 8 9 0 1 2 3 4

年 月 日

年 月 日

年 月 日

異動事由

11

転入

12

出生

13

21

転出

22

死亡

23

生保廃止

17

その他取得

生保開始

27

その他喪失

上記のとおり届けます。

〇〇〇〇年〇〇月〇〇日

(宛先)

世帯主

住所

☒ 同上

電話番号

048 (829) 1111

氏名

さいたま 太郎

マイナンバー
個人番号

1 2 3 4 5 6 7 8 9 0 1 2

Step④

郵送の場合は、ポストに投函する日を、
区役所または支所へ持参する場合は、
来庁日をご記入ください。☐ 世帯主と同じ世帯主との
関係

電話番号

()

※太線の中だけを記入してください。

※お届けいただいた電話番号は、保健事業で使用させていただきます場合があります。

受取人氏名