

※健康保険資格喪失証明書(コピーも可)・本人確認資料(コピー)を必ず同封してください。

郵送専用

杉並区長宛

届出年月日

年 月 日



国民健康保険被保険者適用開始届

※太線の枠内を記入してください。

世帯主	下記のとおり届け出ます。					届出代理人	※世帯主以外の方は記入してください。				
	住所 杉並区		丁目 番 号		方		住所 杉並区		丁目 番 号		方
	氏 名		電 話	自宅			氏 名		電 話		
	個人番号			携帯・他							
枝番	フリガナ 加入する方の氏名		性別	生 年 月 日		特 記 事 項		交付	70歳以上	備 考	
			男	昭 平 令 西 暦		個人番号	<input type="checkbox"/> 変更あり(年 月 頃)	郵送	2割		
			女	. .		マイナ保険証	1. あり 2. なし 3. 不明		3割		
			男	昭 平 令 西 暦		個人番号	<input type="checkbox"/> 変更あり(年 月 頃)	郵送	2割		
			女	. .		マイナ保険証	1. あり 2. なし 3. 不明		3割		
			男	昭 平 令 西 暦		個人番号	<input type="checkbox"/> 変更あり(年 月 頃)	郵送	2割		
			女	. .		マイナ保険証	1. あり 2. なし 3. 不明		3割		
			男	昭 平 令 西 暦		個人番号	<input type="checkbox"/> 変更あり(年 月 頃)	郵送	2割		
			女	. .		マイナ保険証	1. あり 2. なし 3. 不明		3割		
事由	1.転入 2.社保離脱 3.生保廃止 4.出生 5.職権適用開始 6.他適用開始 7.組合離脱 8.後期高齢離脱					旧勤務先名称 ・電話番号		電話 ()			
区分	新規・追加		本人確認資料のコピー(世帯主と加入者全員)								
適用開始年月日			1点確認 マイナンバーカード 運転免許証 運転経歴証明書 パスポート 住基カード(写真付き) 身体障害者手帳 在留カード 特別永住者証明書 雇用保険受給資格者証(写真・割印有) その他()								
年 月 日			2点確認 資格確認書(国保・後期・社保) 介護証 マル乳証 マル子証 マル親証 年金手帳・証書 健康保険資格喪失証明書 その他()								
記号番号	15 - -		交付印		受付	入力	点検	住所移動に伴う世帯構成変更			
受付場所								有・無			
国保年金課国保資格係(郵送)								現在の勤務先	1. 会社 2. 自営 3. なし	電話 ()	
								社保の適用	有・無	理由 ()	