

国民健康保険被保険者資格取得届

APPLICATION FOR ENROLLMENT OF NATIONAL HEALTH INSURANCE

| | | | | | | |
|--------|---------------------------------|----------|-------------|--------------|------------|--|
| 届出年月日 | Today's date | (本日の日付) | (Year) 年 | (Month) 月 | (Day) 日 | |
| 世帯主氏名 | Name (Head of the Household) | | | | | |
| マイナンバー | Individual Number | | | | | |
| 電話番号 | Phone number | (日中の連絡先) | | | | |
| 住所 | Address in Shibuya | 渋谷区 | | | | |

| | | | | | | | |
|-------|--|---|--|--|--|--|--|
| 記号番号 | 1 | 3 | | | | | |
| 資格取得日 | 平成・令和 | | | | | | |
| 取得事由 | <input type="checkbox"/> 国内転入 <input type="checkbox"/> 国外転入 <input type="checkbox"/> 出生 <input type="checkbox"/> 社保離脱 <input type="checkbox"/> 国組離脱 <input type="checkbox"/> 生保廃止 <input type="checkbox"/> 職権回復 <input type="checkbox"/> その他 <input type="checkbox"/> 後期離脱 | | | | | | |

| 氏名(国保に加入する人) Name(Would-be insured) | | 生年月日 Date of birth | | | 続柄 Relationship | 職業 Occupation | マイナンバー Individual Number | | | | 種別 Category | 交付 Delivery | |
|--|------|-----------------------|---------|-------|---|------------------|-----------------------------|-------|-------|-------|----------------|-----------------|----------|
| 1 | フリガナ | A.D. (Year) | (Month) | (Day) | | | | | | | | 資格お知らせ 資格確認書 | 窓口 郵送 |
| | | 年 | 月 | 日 | <input type="checkbox"/> マイナ保険証を登録しています(資格お知らせ交付) · <input type="checkbox"/> マイナ保険証を登録していません(資格確認書交付) | | | | | | | | |
| 2 | フリガナ | A.D. (Year) | (Month) | (Day) | | | | | | | | 資格お知らせ 資格確認書 | 窓口 郵送 |
| | | 年 | 月 | 日 | <input type="checkbox"/> マイナ保険証を登録しています(資格お知らせ交付) · <input type="checkbox"/> マイナ保険証を登録していません(資格確認書交付) | | | | | | | | |
| 3 | フリガナ | A.D. (Year) | (Month) | (Day) | | | | | | | | 資格お知らせ 資格確認書 | 窓口 郵送 |
| | | 年 | 月 | 日 | <input type="checkbox"/> マイナ保険証を登録しています(資格お知らせ交付) · <input type="checkbox"/> マイナ保険証を登録していません(資格確認書交付) | | | | | | | | |
| 4 | フリガナ | A.D. (Year) | (Month) | (Day) | | | | | | | | 資格お知らせ 資格確認書 | 窓口 郵送 |
| | | 年 | 月 | 日 | <input type="checkbox"/> マイナ保険証を登録しています(資格お知らせ交付) · <input type="checkbox"/> マイナ保険証を登録していません(資格確認書交付) | | | | | | | | |

* 国民健康保険料は、以前の健康保険を喪失した日の属する月まで遡って納付していただきます。

| | | | | | |
|-----------|-----------------------------------|-------------|----|--|--|
| 届出人 氏名 | <input type="checkbox"/> 上記世帯主と同じ | 世帯主 との関係 | 住所 | | |
| | | | 電話 | | |

| | | | | | | | |
|-----------|-------|-------|--|----------|------|----|----|
| 本人確認書類 | | 添付書類 | | 担当者 名 | 受付審査 | 入力 | 確認 |
| マイナンバーカード | パスポート | 喪失証明書 | | | | | |
| 運転免許証 | 在留カード | 退職証明書 | | | | | |
| 資格確認書 | | 離職票 | | 受付窓口 | | | |

| 申立書(添付書類がない人の記入欄) | | | | |
|---|--|---|--|--|
| 上記の者は、現在、ほかの健康保険に加入していません。 年 月 日まで加入していた社会保険等(退職日等 / /) | | | | |
| <input type="checkbox"/> 全国健康保険協会()支部 <input type="checkbox"/> 健康保険組合・共済組合 <input type="checkbox"/> 国民健康保険組合(国組) | | | | |
| 勤務先名 | | TEL | | |
| <input type="checkbox"/> 電話による確認 喪失日 / / | | 担当者 <input type="checkbox"/> 年金得喪による確認 <input type="checkbox"/> 中間サーバによる確認 <input type="checkbox"/> 本人提示画面確認 | | |