

国民健康保険被保険者資格届(郵送受付用)

(宛先) 前橋市長

(職 権 記 載 等 調 書)

太枠の中を記入してください。

届出 今日 (Today)	令和 年 月 日	異動 引越日 (Reshuffle)	令和 年 月 日					
届出に 来た人	1 本人 電話 (Phone number) 2 世帯主 3 世帯員 4 代理人							
	代理人が届出の場合は下の欄も記入してください。							
代理人の住所								
住 所 (Address)	都道 府県	市区 町村	町	番 番地	号	世帯主 (Householder)		
	(アパート等)				(部屋番号)	号	世帯主個人番 号	
フリ ガナ			生年月日 (Date of birth)	性別 (Sex)	続柄 (Relationship)	マイナ保険証登録状況		※職員記入欄 国保資格
氏 名 (Name)						マイナボイントを受け取られた方や 医療機関で利用されている方は 登録済に丸		
①	大昭平令		男M		登録済	未登録	取得	喪失
	年 月 日		女F					
①	大昭平令		男M		登録済	未登録	取得	喪失
	年 月 日		女F					
①	大昭平令		男M		登録済	未登録	取得	喪失
	年 月 日		女F					
①	大昭平令		男M		登録済	未登録	取得	喪失
	年 月 日		女F					
①	大昭平令		男M		登録済	未登録	取得	喪失
	年 月 日		女F					
本籍 (Nationality)	筆頭者			国保資格		記番	旧	—
				年 月 日			新	—

摘要			
①	住コ <input type="checkbox"/> 新規		
	個番 <input type="checkbox"/> 新規		
	住コ <input type="checkbox"/> 新規		
	個番 <input type="checkbox"/> 新規		
	住コ <input type="checkbox"/> 新規		
②	住コ <input type="checkbox"/> 新規		
	個番 <input type="checkbox"/> 新規		
	住コ <input type="checkbox"/> 新規		
	個番 <input type="checkbox"/> 新規		
	住コ <input type="checkbox"/> 新規		
③	住コ <input type="checkbox"/> 新規		
	個番 <input type="checkbox"/> 新規		
	住コ <input type="checkbox"/> 新規		
	個番 <input type="checkbox"/> 新規		
	住コ <input type="checkbox"/> 新規		
④	住コ <input type="checkbox"/> 新規		
	個番 <input type="checkbox"/> 新規		
	住コ <input type="checkbox"/> 新規		
	個番 <input type="checkbox"/> 新規		
	住コ <input type="checkbox"/> 新規		
⑤	住コ <input type="checkbox"/> 新規		
	個番 <input type="checkbox"/> 新規		
	住コ <input type="checkbox"/> 新規		
	個番 <input type="checkbox"/> 新規		
	住コ <input type="checkbox"/> 新規		
異動日変更不可		本人確認欄	
委任状あり		免・在・バ 個力・特永・無 () ()	
続柄確認			
同一世帯了承済			
身元確認欄		個人番号確認欄	
免・在・バ 個力 住B・保・無 () ()		個力・住基 住民票・無 ()	
		照合	入力
			受付