

国民健康保険被保険者

資格取得
資格喪失

適用開始
適用終了

届

※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。

得喪等年月日	記号番号							コ事 ード由	
--------	------	--	--	--	--	--	--	-----------	--

☐ 一部喪失
☐ 擬主

得喪等 確認方法	1 証明書 (NWS)	得喪等 年月日		記号 番号	記号 番号
	2 電話連絡	保険者名	社保 健保 国保 共済	相手方 担当者	<input type="checkbox"/> 会社 <input type="checkbox"/> 協会 <input type="checkbox"/> 健保 <input type="checkbox"/> 国保 <input type="checkbox"/> 共済
	3 その他				
	4 国保へ	資格賦課			

帳票郵送	
<input type="checkbox"/> 特定 <input type="checkbox"/> 普通	月 日

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
	<div>フリガナ <input type="checkbox"/>届出人と同じ</div>	男・女	有 ・ 無	・ ・		
			個人番号			
				個人番号の変更時期	年 月 日	
	<div>フリガナ</div>	男・女	有 ・ 無	・ ・		
			個人番号			
				個人番号の変更時期	年 月 日	
	<div>フリガナ</div>	男・女	有 ・ 無	・ ・		
			個人番号			
				個人番号の変更時期	年 月 日	
	<div>フリガナ</div>	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 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
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		ア (就職した)会社等の名称	
電話 ()		電話 ()	
<input type="checkbox"/> 退職した <input type="checkbox"/> 任意継続が終了した		<input type="checkbox"/> 就職した	
<input type="checkbox"/> 雇用形態が変わった		<input type="checkbox"/> 雇用形態が変わった	
<input type="checkbox"/> 扶養からはずれた (続柄 どなたの (氏名))		<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

地域事務所名	受付番号

郵 送	受 付	入 力	審 査

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)

区確認欄	本人確認	事由コード					
	<input type="checkbox"/> 保険料説明済 <input type="checkbox"/> 主宛の保険料請求説明済 <input type="checkbox"/> 社保拡大チラシ <input type="checkbox"/> 滞納整理係案内済 <input type="checkbox"/> 国保給付係案内済 <input type="checkbox"/> 国保給付係案内なし <input type="checkbox"/> マイナンバー不明	<input type="checkbox"/> マイナンバーカード <input type="checkbox"/> パスポート <input type="checkbox"/> 運転免許証 <input type="checkbox"/> 在留カード <input type="checkbox"/> その他 ()	<table><tr><th>加入</th><th>喪失</th></tr><tr><td>11 転入 12 社保離脱 13 生保廃止 14 出生 15 職権適用開始 16 他適用開始 18 組合離脱</td><td>31 転出 32 社保加入 33 生保開始 34 死亡 35 職権適用終了 36 他適用終了 38 組合加入</td></tr></table>	加入	喪失	11 転入 12 社保離脱 13 生保廃止 14 出生 15 職権適用開始 16 他適用開始 18 組合離脱	31 転出 32 社保加入 33 生保開始 34 死亡 35 職権適用終了 36 他適用終了 38 組合加入
		加入	喪失				
		11 転入 12 社保離脱 13 生保廃止 14 出生 15 職権適用開始 16 他適用開始 18 組合離脱	31 転出 32 社保加入 33 生保開始 34 死亡 35 職権適用終了 36 他適用終了 38 組合加入				
個人番号確認							
書類 ・ その他							
	〈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						