

# 国民健康保険被保険者資格取得届

APPLICATION FOR ENROLLMENT OF NATIONAL HEALTH INSURANCE

記号 番号	13				
資格取得日					
4:平成					
5:令和					

届出年月日 Today's date	(Year) _____ (Month) _____ (Day) _____ 年 月 日
世帯主の氏名 Name of householder	_____
個人番号 Individual Number	_____
電話番号 Phone number	自・携・他 ( ) _____
住所 Address in Shibuya	渋谷区 _____ 町 _____ 丁目 _____ 番 _____ 号 _____ 方

取得事由コード	
<input type="checkbox"/> 転入	<input type="checkbox"/> 職権回復
<input type="checkbox"/> 出生	<input type="checkbox"/> その他
<input type="checkbox"/> 社保離脱	<input type="checkbox"/> 後期離脱
<input type="checkbox"/> 国組離脱	<input type="checkbox"/> 住所地特例
<input type="checkbox"/> 生保廃止	

全国健康保険協会 健康保険組合 共済組合 国保組合(組国)	
記号	番号

※ 国民健康保険料は、前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。

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	個 人 番 号 Individual Number	証 種 別	交 付
フリガナ	A. D. (Year) _____ (Month) _____ (Day) _____ 昭和 平成 令和 年 月 日			_____	一般証 高齢受給者証	窓口 郵送
フリガナ	A. D. (Year) _____ (Month) _____ (Day) _____ 昭和 平成 令和 年 月 日			_____	一般証 高齢受給者証	窓口 郵送
フリガナ	A. D. (Year) _____ (Month) _____ (Day) _____ 昭和 平成 令和 年 月 日			_____	一般証 高齢受給者証	窓口 郵送
フリガナ	A. D. (Year) _____ (Month) _____ (Day) _____ 昭和 平成 令和 年 月 日			_____	一般証 高齢受給者証	窓口 郵送

届 出 人	氏 名	世帯主との関係	住 所:
			電 話:
			自・携・他 ( ) _____

本人確認書類	
運転免許証	個人番号カード
パスポート	( ) _____

備考欄 世帯主の職業 ( 1. 自営業 2. 会社員 3. 学生 4. アルバイト 5. 無職 )

確認先 \_\_\_\_\_ 担当者名 \_\_\_\_\_

電話番号 \_\_\_\_\_

添 付 書 類	受付審査	入 力	確 認
喪失証明書	担当者名		
喪失申立書			
未加入証明			