

国民健康保険被保険者資格取得届

※ 世帯主と届出人が同世帯でない場合、委任状が必要です

被保険者 記号・番号	谷国	加入区分	新規 ・ 追加				
資格取得理由						世帯区分	
1 転入 (転入前住所／1月1日時点住所:)						1 普通	
2 社保離脱 3 出生 4 生保廃止 5 その他()						2 擬制	
資格を取得する者の氏名		性別	生年月日	個人番号	続柄	職業	資格取得年月日
1		男・女	昭・平・令・西暦 年 月 日				令和・西暦 年 月 日
2		男・女	昭・平・令・西暦 年 月 日				令和・西暦 年 月 日
3		男・女	昭・平・令・西暦 年 月 日				令和・西暦 年 月 日
4		男・女	昭・平・令・西暦 年 月 日				令和・西暦 年 月 日
5		男・女	昭・平・令・西暦 年 月 日				令和・西暦 年 月 日
6		男・女	昭・平・令・西暦 年 月 日				令和・西暦 年 月 日
7		男・女	昭・平・令・西暦 年 月 日				令和・西暦 年 月 日
8		男・女	昭・平・令・西暦 年 月 日				令和・西暦 年 月 日

左記のとおり届けます。(宛先)北谷町長

令和 年 月 日

(世帯主)

住所

氏名

個人番号

電話

国保に関するご連絡、健診のご案内等に利用します。
(届出人)…世帯主以外の場合

住所

氏名

個人番号

電話

世帯主との関係

本人確認	<input type="checkbox"/> 個人番号カード <input type="checkbox"/> 住基カード <input type="checkbox"/> 在留カード <input type="checkbox"/> パスポート <input type="checkbox"/> 免許証 <input type="checkbox"/> その他()
------	--

※受付者確認欄 <input type="checkbox"/> 70歳以上…前期高齢判定 <input type="checkbox"/> 国外転入…簡易申告 <input type="checkbox"/> 65歳以上…旧被扶養者減免確認	受付者
備考	