

国民健康保険被保険者

資格取得
資格喪失

届

※太枠の中をご記入ください。

三宅村長 あて

届出日 令和 年 月 日		お窓越しの 方に		住所 □世帯主と同じ住所	
氏名		氏名		世帯主からみた関係 □家族 □その他()	
住所	三宅村 番地	電話 ()	フリガナ	個人番号	
取得または喪失する人			性別	世帯主との 続柄	職業
1	フリガナ	個人番号	男	<input type="checkbox"/> 世帯主	<input type="checkbox"/> 農業・漁業
	氏名		女	<input type="checkbox"/> 妻 <input type="checkbox"/> 子 <input type="checkbox"/> その他	<input type="checkbox"/> 自営業 <input type="checkbox"/> パート・アルバイト <input type="checkbox"/> その他()
2	フリガナ	個人番号	男	<input type="checkbox"/> 世帯主	<input type="checkbox"/> 農業・漁業
	氏名		女	<input type="checkbox"/> 妻 <input type="checkbox"/> 子 <input type="checkbox"/> その他	<input type="checkbox"/> 自営業 <input type="checkbox"/> パート・アルバイト <input type="checkbox"/> その他()
3	フリガナ	個人番号	男	<input type="checkbox"/> 世帯主	<input type="checkbox"/> 農業・漁業
	氏名		女	<input type="checkbox"/> 妻 <input type="checkbox"/> 子 <input type="checkbox"/> その他	<input type="checkbox"/> 自営業 <input type="checkbox"/> パート・アルバイト <input type="checkbox"/> その他()
4	フリガナ	個人番号	男	<input type="checkbox"/> 世帯主	<input type="checkbox"/> 農業・漁業
	氏名		女	<input type="checkbox"/> 妻 <input type="checkbox"/> 子 <input type="checkbox"/> その他	<input type="checkbox"/> 自営業 <input type="checkbox"/> パート・アルバイト <input type="checkbox"/> その他()
5	フリガナ	個人番号	男	<input type="checkbox"/> 世帯主	<input type="checkbox"/> 農業・漁業
	氏名		女	<input type="checkbox"/> 妻 <input type="checkbox"/> 子 <input type="checkbox"/> その他	<input type="checkbox"/> 自営業 <input type="checkbox"/> パート・アルバイト <input type="checkbox"/> その他()
本年1月1日の住所			備考欄		
昨年1月1日の住所					

窓口記載欄	
取得事由	<input type="checkbox"/> 転入 <input type="checkbox"/> 社保離脱 <input type="checkbox"/> 組合離脱 <input type="checkbox"/> 出生 <input type="checkbox"/> 生保廃止 <input type="checkbox"/> その他
	<input type="checkbox"/> 転出 <input type="checkbox"/> 社保加入 <input type="checkbox"/> 組合加入 <input type="checkbox"/> 死亡 <input type="checkbox"/> 生保開始 <input type="checkbox"/> その他
喪失事由	<input type="checkbox"/> 免許証 <input type="checkbox"/> マイナンバーカード <input type="checkbox"/> 住基カード <input type="checkbox"/> その他 ()
本人確認	<input type="checkbox"/> 窓口交付 <input type="checkbox"/> 郵送交付 年 月 日
交付受付	年 月 日
処理取得	年 月 日
喪失	年 月 日

受付者	処理者

※添付書類 社保離脱・組合離脱の場合: 社会保険・国保組合の資格喪失日が確認できる書類
 社保加入・組合加入の場合: 加入した社会保険・国保組合の保険証の写し若しくは資格取得が確認できる書類