

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

印

個人番号

電話

(届出人)…世帯主以外の場合

住所

氏名

印

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	受付者
<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	
備考	