

国民健康保険資格 取得・喪失 届

岩 沼 市 長 殿

※太枠の中だけ記入してください。

(窓口に来た人) 届出 人	届出年月日	令和 年 月 日	氏 名											世帯主との関係												
	住 所 (代理人の場合)											電話番号	-	-												
世帯主	氏 名											個人番号														
	住 所	岩沼市																								
資格を取得又は喪失する人																										
No.	氏 名	性別	世帯主 との続柄	生年月日	個 人 番 号																					
1		男・女		昭・平・令 年 月 日																						
2		男・女		昭・平・令 年 月 日																						
3		男・女		昭・平・令 年 月 日																						
4		男・女		昭・平・令 年 月 日																						
5		男・女		昭・平・令 年 月 日																						
6		男・女		昭・平・令 年 月 日																						

得・喪年月日	令和 年 月 日	保険証番号											A											
得・喪確認方法	1. 証明書 2. 保険証 3. 情報連携 4. その他 ()																							
取得事由	社保離脱	国組離脱	後期離脱	喪失事由	社保加入	国組加入	後期加入																	
	生保廃止	その他 ()			生保開始	その他 ()																		
本人確認	運転免許証 住基カード 個人番号カード 在留カード パスポート 障害者手帳 保険証 高齢受給者証 医療証 年金手帳 介護保険証 その他 ()																							
備 考																受 付								
年金案内	有 ・ 無					その他	旧被扶養者・旧国保・免除 (原発)					確 認												
保険証 回 収	有 (. . .) 無		交付	手渡・郵送					保険証 受 取	(署名) 『 』														