

恵庭市国民健康保険(取得・喪失)届出書

※太枠内を記入して下さい。

届出の年月日	令和	年	月	日
異動の年月日	令和	年	月	日

届出人	<input type="checkbox"/> 世帯主 <input type="checkbox"/> 家族 <input type="checkbox"/> 代理人()	確認	<input type="checkbox"/> 免許証
	電話 ()		<input type="checkbox"/> 個人番号カード
			<input type="checkbox"/> その他 ()

住所	恵庭市
	電話 ()

続柄	氏名(フリガナ)	生年月日	性別	証の交付・回収・郵送			住定日・申告
世帯主 (普・擬 国保上)		大 昭 平 令	男	交付	・	・	・
	個人番号		女	回収	・	・	有 ・ 無
		大 昭 平 令	男	交付	・	・	・
	個人番号		女	回収	・	・	有 ・ 無
		大 昭 平 令	男	交付	・	・	・
	個人番号		女	回収	・	・	有 ・ 無
		大 昭 平 令	男	交付	・	・	・
	個人番号		女	回収	・	・	有 ・ 無
		大 昭 平 令	男	交付	・	・	・
	個人番号		女	回収	・	・	有 ・ 無
		大 昭 平 令	男	交付	・	・	・
	個人番号		女	回収	・	・	有 ・ 無
		大 昭 平 令	男	交付	・	・	・
	個人番号		女	回収	・	・	有 ・ 無
		大 昭 平 令	男	交付	・	・	・
	個人番号		女	回収	・	・	有 ・ 無
		大 昭 平 令	男	交付	・	・	・
	個人番号		女	回収	・	・	有 ・ 無
		大 昭 平 令	男	交付	・	・	・
	個人番号		女	回収	・	・	有 ・ 無
		大 昭 平 令	男	交付	・	・	・
	個人番号		女	回収	・	・	有 ・ 無

給付確認	<input type="checkbox"/> 届出年月日 <input type="checkbox"/> 異動年月日 より給付を開始する。 <input type="checkbox"/> (. . .)	確認
受診状況	<input type="checkbox"/> 受診無し <input type="checkbox"/> 異動日以後に受診有り 提示する ・ 説明済	
備考		

(国民健康保険被保険者証 ・ 仮保険証) を受領しました。	
令和 年 月 日	
受領者名	

《 市 処 理 欄 》

国保番号	旧)	
	新)	
	3 ・ 6	更新 ・ 未更新
異動区分	世帯	全 部 ・ 一 部
	取得	<input type="checkbox"/> 他保離脱 <input type="checkbox"/> 生保廃止 <input type="checkbox"/> その他()
区分	喪失	<input type="checkbox"/> 他保加入 <input type="checkbox"/> 生保開始 <input type="checkbox"/> その他()
	世帯保増減	世 帯 被 保 険 者 + -
備 考		
<input type="checkbox"/> ギ主説明済 <input type="checkbox"/> 料金説明済		
郵送事由	<input type="checkbox"/> ギ主につき郵送 <input type="checkbox"/> 本人確認できず郵送 <input type="checkbox"/> 代理人につき郵送	
還付依頼	受 領 ・ 口 座 ・ 後 日	
受付	電算処理	台帳