

恵庭市国民健康保険(取得・喪失)届出書

【記載例】

※太枠内を記入して下さい。

《市処理欄》

| | | | | |
|--------|----|---|---|---|
| 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 世帯主 家族 代理人()

恵庭 太郎

電話 090 (1234) 〇〇〇〇

確認 免許証

個人番号カード

その他 ()

住所 恵庭市 京町1丁目1番地

電話 0123 (33) 〇〇〇〇

| 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) | エニワ タロウ 恵庭 太郎 | 大 昭 平 令 30・1・1 | 男 | 交付 回収 郵送 | 有・無 年度回収 |
| 妻 | エニワ ハナコ 恵庭 花子 | 大 昭 平 令 35・1・1 | 女 | 交付 回収 郵送 | 有・無 年度回収 |
| | | 大 昭 平 令 | 男 | 交付 回収 郵送 | 有・無 年度回収 |
| | | 大 昭 平 令 | 女 | 交付 回収 郵送 | 有・無 年度回収 |
| | | 大 昭 平 令 | 男 | 交付 回収 郵送 | 有・無 年度回収 |
| | | 大 昭 平 令 | 女 | 交付 回収 郵送 | 有・無 年度回収 |

注)

【記入にあたっての注意】

注) 今回国保に加入する全員の情報を記入してください。

| | | |
|------|---|---|
| 国保番号 | 旧) | |
| | 新) | |
| | 3・6 | 更新・未更新 |
| 異動区 | 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() |
| 喪失 | 喪失 | <input type="checkbox"/> 他保加入 <input type="checkbox"/> 生保開始 <input type="checkbox"/> その他() |
| | 世帯 | 被保険者 |
| | | 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 |

給付確認 届出年月日

異動年月日 より給付を開始する。

(. .)

受診状況 受診無し

異動日以後に受診有り 提示する・説明済

備考

確 (国民健康保険被保険者証・仮保険証) を受領しました。

こちらは記入不要

受領者名