

国民健康保険 適用開始・終了届

菰野町長

届出年月日
令和 〇 年 〇 月 〇 日

開始
事由

☐転入
☐生保廃止
☐月中社保

☐社保離脱
☐国組離脱
☐月中国組

☐職権

終了
事由

☐転出
☐生保開始
☐後期加入

☐社保加入
☐国組加入
☐職権

住 所	菰野町 大字△△〇〇〇〇番地〇〇	世帯主	フリガナ コモ / タロウ 菰野 太郎	電話番号	〇〇〇-△△△△-××××	届出人	フリガナ コモ / ハナコ 菰野 花子	電話番号	〇〇〇-△△△△-××××
・当該届にあたり、菰野町が私若しくは私の世帯員の所得状況などの必要事項を調査することや、個人番号を取得することに同意します。			個人番号 ***	・国保に関すること(賦課・給付等)でご連絡させていただく場合があります。			個人番号 ***	・お手続きの関係でご連絡させていただく場合があります。	

適用開始・終了する方の氏名	生 年 月 日	1月1日時点の住民登録地	マイナ保険証※	発行証	適用開始・終了年月日	資格区分	交付状況
1 フリガナ コモ / タロウ 菰野 太郎	昭和 平成 令和 〇〇年 〇〇月 〇〇日 続柄 本人 性別 男・女	令和 〇〇県〇〇市… 8 年	☒ 有 ☐ 無	☐ お知らせ ☐ 確認書	令和 年 月 日 個人番号 ***	☐ 主 ☐ 被保 ☐ 学 ☐ 遠	☐ 交付 ☐ 回収 ☐ 返信用 ☐ 未回収
2 フリガナ 世帯主の方からみた 続柄をご記入ください。	昭和 平成 令和 日 ・女	令和 8 年 1月1日時点の住民登録地 をご記入ください。	☐ 有 ☐ 無	☐ お知らせ ☐ 確認書	令和 年 月 日 個人番号 ***	☐ 主 ☐ 被保 ☐ 学 ☐ 遠	☐ 交付 ☐ 回収 ☐ 返信用 ☐ 未回収
3 フリガナ コモ / ハナコ 菰野 花子	昭和 平成 令和 〇〇年 〇〇月 〇〇日 続柄 妻 性別 男・女	令和 8 年 ☒ 菰野町 ☐ 菰野町以外（住所記入）	☒ 有 ☐ 無	☐ お知らせ ☐ 確認書	令和 年 月 日 個人番号 ***	☐ 主 ☐ 被保 ☐ 学 ☐ 遠	☐ 交付 ☐ 回収 ☐ 返信用 ☐ 未回収
4 フリガナ 	昭和 平成 令和 年 月 日 続柄 性別 男・女	令和 8 年 ☐ 菰野町 ☐ 菰野町以外（住所記入）	☐ 有 ☐ 無	☐ お知らせ ☐ 確認書	令和 年 月 日 個人番号 ***	☐ 主 ☐ 被保 ☐ 学 ☐ 遠	☐ 交付 ☐ 回収 ☐ 返信用 ☐ 未回収
5 フリガナ 	昭和 平成 令和 年 月 日 続柄 性別 男・女	令和 8 年 ☐ 菰野町 ☐ 菰野町以外（住所記入）	☐ 有 ☐ 無	☐ お知らせ ☐ 確認書	令和 年 月 日 個人番号 ***	☐ 主 ☐ 被保 ☐ 学 ☐ 遠	☐ 交付 ☐ 回収 ☐ 返信用 ☐ 未回収

社会保険等加入日以降の国保使用による医療機関の受診 ☐ 無し ☐ 有り → 病院等へ申し出 ☐ 不明 → 確認後、あれば病院等へ申し出	※マイナンバーカードを健康保険証として利用登録済のもの (有効期限内かつ電子証明書が有効であるものに限り)	受付処理欄 ☐菰野 ☐竹永 ☐鶴川原 ☐千種 ☐朝上 ☐受付者 ☐郵送 ☐住民課 電算入力 担 当 者 Ⓔ	本人確認 ☐運転免許証 ☐個人番号カード ☐パスポート ☐障害者手帳 ☐資格確認書等 ☐介護保険証 ☐年金手帳 (基礎年金番号通知書) ☐キャッシュカード ☐その他	
受取人署名	☐ 郵送 令和 年 月 日	入 力 日 令和 年 月 日	限度(減)額認定証 交付 有・無 再発行 有・無	被保険者記号・番号