

国民健康保険 適用開始・終了届

菰野町長

届出年月日
令和 年 月 日

開始
事由

- 転入 社保離脱
 生保廃止 国組離脱
 月中社保 月中国組 職 権

終了
事由

- 転出 社保加入
 生保開始 国組加入
 後期加入 職 権

住 所	菰野町	世帯主	フリガナ	電話番号	届出人	フリガナ	電話番号	
・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	マイナ保険証の有無※	適用開始・終了年月日	資格区分	交付状況
1	フリガナ	昭和 平成 令和	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	令和	<input type="checkbox"/> 主 <input type="checkbox"/> 被保 <input type="checkbox"/> 学 <input type="checkbox"/> 遠	<input type="checkbox"/> 交付 <input type="checkbox"/> 回収 <input type="checkbox"/> 返信用 <input type="checkbox"/> 未回収
	年 月 日	6年		年 月 日		
		続柄	性別	男・女	***	
2	フリガナ	昭和 平成 令和	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	令和	<input type="checkbox"/> 主 <input type="checkbox"/> 被保 <input type="checkbox"/> 学 <input type="checkbox"/> 遠	<input type="checkbox"/> 交付 <input type="checkbox"/> 回収 <input type="checkbox"/> 返信用 <input type="checkbox"/> 未回収
	年 月 日	6年		年 月 日		
		続柄	性別	男・女	***	
3	フリガナ	昭和 平成 令和	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	令和	<input type="checkbox"/> 主 <input type="checkbox"/> 被保 <input type="checkbox"/> 学 <input type="checkbox"/> 遠	<input type="checkbox"/> 交付 <input type="checkbox"/> 回収 <input type="checkbox"/> 返信用 <input type="checkbox"/> 未回収
	年 月 日	6年		年 月 日		
		続柄	性別	男・女	***	
4	フリガナ	昭和 平成 令和	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	令和	<input type="checkbox"/> 主 <input type="checkbox"/> 被保 <input type="checkbox"/> 学 <input type="checkbox"/> 遠	<input type="checkbox"/> 交付 <input type="checkbox"/> 回収 <input type="checkbox"/> 返信用 <input type="checkbox"/> 未回収
	年 月 日	6年		年 月 日		
		続柄	性別	男・女	***	
5	フリガナ	昭和 平成 令和	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	令和	<input type="checkbox"/> 主 <input type="checkbox"/> 被保 <input type="checkbox"/> 学 <input type="checkbox"/> 遠	<input type="checkbox"/> 交付 <input type="checkbox"/> 回収 <input type="checkbox"/> 返信用 <input type="checkbox"/> 未回収
	年 月 日	6年		年 月 日		
		続柄	性別	男・女	***	

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 <input type="checkbox"/> 無し <input type="checkbox"/> 有り → 病院等へ申し出 <input type="checkbox"/> 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る)	受付処理欄 <input type="checkbox"/> 菰野 <input type="checkbox"/> 竹永 <input type="checkbox"/> 鶴川原 <input type="checkbox"/> 千種 <input type="checkbox"/> 朝上 <input type="checkbox"/> 住民課 <input type="checkbox"/> 郵送	電算入力 担当者 ㊟	本人確認 <input type="checkbox"/> 運転免許証 <input type="checkbox"/> 介護保険証 <input type="checkbox"/> 個人番号カード <input type="checkbox"/> 年金手帳 <input type="checkbox"/> パスポート (基礎年金番号通知書) <input type="checkbox"/> 障害者手帳 <input type="checkbox"/> キャッシュカード <input type="checkbox"/> 資格確認書等 <input type="checkbox"/> その他
---	--	---	------------------	--

受取人署名	<input type="checkbox"/> 郵送	入力日	令和 年 月 日	限度(減)額認定証	被保険者記号・番号
発送日 令和 年 月 日	令和 年 月 日	交付 有・無	再発行 有・無		