

# 国民健康保険 適用開始・終了届

菰野町長あて

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

※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。

住所 菰野町 大字△△○○○○番地○○ (マンション・アパート名)	フリガナ 世帯主 菰野 太郎	フリガナ 届出人 菰野 花子	電話番号 059-△△△-××××
	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。	
	1月1日時点の住民登録地		

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	適用開始・終了年月日	資格区分	被保険者証	備考
1 菰野 太郎	昭和 平成 令和 ○○年 ○○月 ○○日 続柄 本人 性別 男・女	令和 6年 <input type="checkbox"/> 菰野町 <input checked="" type="checkbox"/> 菰野町以外 (住所記入) ○○県○○市… 令和 5年 <input type="checkbox"/> 菰野町 <input checked="" type="checkbox"/> 菰野町以外 (住所記入) ○○県○○市…	令和 年 月 日 個人番号 ***	<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	
2 菰野 花子	昭和 平成 令和 ○○年 ○○月 ○○日 続柄 妻 性別 男・女	令和 6年 <input type="checkbox"/> 菰野町 <input type="checkbox"/> 菰野町以外 (住所記入) 令和 5年 <input type="checkbox"/> 菰野町 <input type="checkbox"/> 菰野町以外 (住所記入)	令和 年 月 日 個人番号 ***	<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	
3	昭和 平成 令和 年 月 日 続柄 性別 男・女	令和 6年 <input type="checkbox"/> 菰野町 <input type="checkbox"/> 菰野町以外 (住所記入) 令和 5年 <input type="checkbox"/> 菰野町 <input type="checkbox"/> 菰野町以外 (住所記入)	令和 年 月 日 個人番号 ***	<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	
4	昭和 平成 令和 年 月 日 続柄 性別 男・女	令和 6年 <input type="checkbox"/> 菰野町 <input type="checkbox"/> 菰野町以外 (住所記入) 令和 5年 <input type="checkbox"/> 菰野町 <input type="checkbox"/> 菰野町以外 (住所記入)	令和 年 月 日 個人番号 ***	<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	
5	昭和 平成 令和 年 月 日 続柄 性別 男・女	令和 6年 <input type="checkbox"/> 菰野町 <input type="checkbox"/> 菰野町以外 (住所記入) 令和 5年 <input type="checkbox"/> 菰野町 <input type="checkbox"/> 菰野町以外 (住所記入)	令和 年 月 日 個人番号 ***	<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	

1月1日時点の住民登録地を  
ご記入ください。

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	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"/> 郵送 <input type="checkbox"/> 住民課	電算入力 担当者 本人確認	<input type="checkbox"/> 運転免許証 <input type="checkbox"/> マイナンバーカード <input type="checkbox"/> パスポート <input type="checkbox"/> 障害者手帳 <input type="checkbox"/> 保険証 (兼高齢受給者証)	<input type="checkbox"/> 介護保険証 <input type="checkbox"/> 年金手帳 (基礎年金番号通知書) <input type="checkbox"/> キャッシュカード <input type="checkbox"/> その他
受取人署名 保険証を受領しました	<input type="checkbox"/> 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