

国民健康保険 被保険者異動届(資格取得・適用開始)

(あて先)那珂川市長

太枠内をご記入ください

世帯主	住所	那珂川市 <small>(アパート・マンション・施設名)</small>	電話番号(自宅・携帯・その他)		
	ふりがな		記号	被保険者証番号(7桁)	
	氏名		な		
下記のとおり届けます。 届出者 1. 世帯主本人 2. 世帯主以外 → 氏名 令和 年 月 日 <small>世帯主との続柄</small>					
異動者全員(世帯主を含む)を記入してください。	1	ふりがな	生年月日	性別	世帯主との続柄
		氏名	個人番号(マイナンバー)		
	2		昭・平・令 年 月 日	男・女	
	3		昭・平・令 年 月 日	男・女	
	4		昭・平・令 年 月 日	男・女	
	5		昭・平・令 年 月 日	男・女	

保険者使用欄					
受付者		検認者		入力日	/
異動事由		<input type="checkbox"/> 協会けんぽ離脱 <input type="checkbox"/> 組合離脱 <input type="checkbox"/> その他健康保険離脱 <input type="checkbox"/> 転入 <input type="checkbox"/> 生保廃止 <input type="checkbox"/> 施設入所 <input type="checkbox"/> その他()			
資格取得日	令和 年 月 日				
非自発的失業軽減	<input type="checkbox"/> 説明済 <input type="checkbox"/> 該当無				
保険税減免	<input type="checkbox"/> 説明済 <input type="checkbox"/> 該当無				
年金20歳～59歳	<input type="checkbox"/> 案内済 <input type="checkbox"/> 案内無				
ひとり親医療	<input type="checkbox"/> 案内済 <input type="checkbox"/> 案内無				
世帯主の納付・届出義務	<input type="checkbox"/> 説明済 <input type="checkbox"/> 説明未				
<input type="checkbox"/> 座振替	<input type="checkbox"/> 説明済 <input type="checkbox"/> 申込				
保険証	<input type="checkbox"/> 即時 <input type="checkbox"/> 郵送(/ 発送) <input type="checkbox"/> 短(末)				
即計	<input type="checkbox"/> 済 <input type="checkbox"/> 未				
未申告者	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無				
	申告案内	<input type="checkbox"/> 済 <input type="checkbox"/> 未			
更正通知	<input type="checkbox"/> 渡し済 <input type="checkbox"/> 郵送				
納付書	<input type="checkbox"/> 渡し済 <input type="checkbox"/> 郵送 <input type="checkbox"/> 無				

保険者使用欄(備考)