

国民健康保険

資格 取得 喪失 届

七尾市長

年 月 日
届出人 住所 _____
氏名 _____
世帯主との関係 _____ 電話番号 _____

※資格取得・喪失に際し、世帯主、同一世帯員、送付先設定者、法定代理人以外の方が届出する場合、委任状が必要です。

※太わくの中を記入して下さい。

保険税の軽減適用	被用者保険（会社の健康保険など）に加入していた方が後期高齢者医療制度に移行することに伴う、その被扶養者（65～74歳）の方の国民健康保険の加入の届出ですか。						はい ・ いいえ	世帯番号	
住所	七尾市 (届出人と同じ <input type="checkbox"/>)				世帯主	氏名			
					個人番号				記号番号
	氏名（ふりがな）	生年月日	個人番号	性別	続柄	得喪区分	異動事由等		
1		大・昭・平・令・西暦 年 月 日		男 女		得 喪	異動日及び事由 年 月 日 システム異動日 年 月 日 住所地利例・学遠・70歳		
2		大・昭・平・令・西暦 年 月 日		男 女		得 喪	異動日及び事由 年 月 日 システム異動日 年 月 日 住所地利例・学遠・70歳		
3		大・昭・平・令・西暦 年 月 日		男 女		得 喪	異動日及び事由 年 月 日 システム異動日 年 月 日 住所地利例・学遠・70歳		
4		大・昭・平・令・西暦 年 月 日		男 女		得 喪	異動日及び事由 年 月 日 システム異動日 年 月 日 住所地利例・学遠・70歳		
備考・その他				代理権の確認	身元確認		番号確認		受付印
				<input type="checkbox"/> 委任状 <input type="checkbox"/> 同一世帯 <input type="checkbox"/> 送付先 <input type="checkbox"/> その他	1点（写真付）	2点	<input type="checkbox"/> 個人番号カード <input type="checkbox"/> 通知カード <input type="checkbox"/> システム <input type="checkbox"/> その他		
					<input type="checkbox"/> 個人番号カード <input type="checkbox"/> 運転免許証 <input type="checkbox"/> 障害者手帳 <input type="checkbox"/> その他	<input type="checkbox"/> 保険証 <input type="checkbox"/> その他			
受付：				◆口座情報（あり ・ なし）		◆納付方法（口座 ・ 納付書 ・ 未定）			