

第1号様式(第2条、第3条、第5条関係)

国民健康保険被保険者(一部・包括)資格(取得・喪失・適用開始・適用終了)届

日進市長宛て		氏名		電話		住所 日進市		届出日 年 月 日		新住所		旧住所		届出人氏名(窓口に来た方) <input type="checkbox"/> 世帯主に同じ <input type="checkbox"/> 代理人(続柄)		住所 <input type="checkbox"/> 世帯主に同じ		電話			
世帯主	異動事由	<input type="checkbox"/> 転入			支払方法→ 納付書・口座(加入時確認)・特徴																
		<input type="checkbox"/> 転出			精算結果→ 還付・未精算・MTSTOP・滞納システム・																
		<input type="checkbox"/> 転居			納付書 期 円 (/ 期限)																
		<input type="checkbox"/> 世帯主変更	<input type="checkbox"/> 修正	区	<input type="checkbox"/> 全部	処理確認→ 督促・催告・口座抹消・前高・															
		<input type="checkbox"/> 世帯変更	<input type="checkbox"/> 国外転出	(年)	<input type="checkbox"/> 一部	福祉医療・旧被扶・旧国保・過誤・葬祭															
		<input type="checkbox"/> 世帯合併	<input type="checkbox"/> 転出取消		異動者数 名	被保険者 記号・番号															
<input type="checkbox"/> 世帯分離																					
資格		取得・適用開始 年月日		喪失・適用終了 年月日		加入資格		新規・追加		検認欄											
世帯主の被保険者資格の有無		有・無																			
本人確認		<input type="checkbox"/> 世帯主 (免・マ・その他)		<input type="checkbox"/> 届出人 (免・マ・その他)		<input type="checkbox"/> 委任状		処理欄		課税台帳		電算入力									
異動者	フリ氏	ガナ名	生年月日 個人番号	性別	世帯主との続柄	転出証明書・国保	マイナ保険証利用登録	資格確認書(資格情報のお知らせ) 交付等事由	取得・適用開始		喪失・適用終了		社保加入状況		記号 番号		組合員氏名		資格取得年月日		
1				男・女		有・無	有・無 不明	資格確認書・お知らせ 交付 窓・郵送() 訂正 回収	社保加入(本人・家族) 国保組合 出生 生保廃止 入国 その他 ()		社保加入(本人・家族) 国保組合 死亡 生保開始 出国 その他 ()										
2				男・女		有・無	有・無 不明	資格確認書・お知らせ 交付 窓・郵送() 訂正 回収	事業所名		保険者名称		保険者番号								
3				男・女		有・無	有・無 不明	資格確認書・お知らせ 交付 窓・郵送() 訂正 回収													
4				男・女		有・無	有・無 不明	資格確認書・お知らせ 交付 窓・郵送() 訂正 回収													
5				男・女		有・無	有・無 不明	資格確認書・お知らせ 交付 窓・郵送() 訂正 回収													

※ 届出人の本人確認書類を添付してください。なお、別世帯の方が申請書を届け出る場合は、世帯主の本人確認書類・委任状が必要です。