

国民健康保険 喪失 届出書

都留市長 殿

昼間に連絡が取れる電話番号をご記入ください。

別世帯の方が代理で届け出をする場合は、委任状が必要です。

届出日	令和 4 年 4 月 1 日		届出人	都留 一郎		<input checked="" type="checkbox"/> 1 世帯主 <input type="checkbox"/> 2 世帯員 <input type="checkbox"/> 3 代理人(要委任状)	世帯主氏名	都留 一郎		<input checked="" type="checkbox"/> 届出人と同じ	
	電話番号		0554 (43) 1111			個人番号					
取得または喪失する人			生年月日・性別	世帯主との続柄	職業	住所(転入のみ記入)			年齢	要件	備考
1	氏名	都留 一郎		昭平・令 53 . 2 . 3	本人	<input checked="" type="checkbox"/> 従業員 <input type="checkbox"/> 自営業 <input type="checkbox"/> 上記以外	従前		歳	<input type="checkbox"/> 高齢(70歳以上) <input type="checkbox"/> すこやか(18歳以下) <input type="checkbox"/> ひとり親(18歳以下等) <input type="checkbox"/> 年金(20歳～59歳)	
	個人番号	1 2 3 4 5 6 7 8 9 0 1 2		男 . 女			現在				
2	氏名	都留 二美		昭平・令 53 . 4 . 5	妻	<input type="checkbox"/> 従業員 <input type="checkbox"/> 自営業 <input checked="" type="checkbox"/> 上記以外	従前		歳	<input type="checkbox"/> 高齢(70歳以上) <input type="checkbox"/> すこやか(18歳以下) <input type="checkbox"/> ひとり親(18歳以下等) <input type="checkbox"/> 年金(20歳～59歳)	
	個人番号	1 2 3 4 5 6 7 8 9 0 1 3		男 . 女			現在				
3	氏名	都留 三郎		昭平・令 20 . 6 . 7	子	<input type="checkbox"/> 従業員 <input type="checkbox"/> 自営業 <input checked="" type="checkbox"/> 上記以外	従前		歳	<input type="checkbox"/> 高齢(70歳以上) <input type="checkbox"/> すこやか(18歳以下) <input type="checkbox"/> ひとり親(18歳以下等) <input type="checkbox"/> 年金(20歳～59歳)	
	個人番号	1 2 3 4 5 6 7 8 9 0 1 4		男 . 女			現在				
5	氏名			昭平・令 . .		<input type="checkbox"/> 従業員 <input type="checkbox"/> 自営業 <input type="checkbox"/> 上記以外	従前		歳	<input type="checkbox"/> 高齢(70歳以上) <input type="checkbox"/> すこやか(18歳以下) <input type="checkbox"/> ひとり親(18歳以下等) <input type="checkbox"/> 年金(20歳～59歳)	
	個人番号			男 . 女			現在				

国保を取得または喪失する方全員を記入してください。
個人番号(マイナンバー)を記入してください。(わからない場合は記載不要)

得喪年月日		取得日(当日)		取得日(翌日)		喪失日(当日)		喪失日(翌日)		【本人確認】		証	
平 . .		<input type="checkbox"/> 出生 <input type="checkbox"/> 生保廃止 <input type="checkbox"/> 国組離脱 <input type="checkbox"/> その他取得 <input type="checkbox"/> 社保資格喪失 <input type="checkbox"/> 転入		<input type="checkbox"/> 退職・離職		<input type="checkbox"/> 国組加入 <input type="checkbox"/> 社保加入 <input type="checkbox"/> 生保開始 <input type="checkbox"/> 取得取消 <input type="checkbox"/> 特定同一世帯非該当(主・員)		<input type="checkbox"/> 他() <input type="checkbox"/> 年金得喪 税 返納金 特定疾患		<input type="checkbox"/> マイナンバーカード <input type="checkbox"/> 免許証 <input type="checkbox"/> パスポート <input type="checkbox"/> 保険証 <input type="checkbox"/> 年金手帳・基番通知書 <input type="checkbox"/> その他()			<input type="checkbox"/> 保険証 (手交・郵交・回・未回・紛失) <input type="checkbox"/> 短期証 (手交・郵交・回・未回・紛失) <input type="checkbox"/> 資格証 (手交・郵交・回・未回・紛失) <input type="checkbox"/> 高齢証 (手交・郵交・回・未回・紛失) <input type="checkbox"/> 学・遠・住特(手交・郵交・回・未回・紛失) <input type="checkbox"/> 限度額証(手交・郵交・回・未回・紛失) <input type="checkbox"/> 特定疾病(手交・郵交・回・未回・紛失) <input type="checkbox"/> すこやか(手交) <input type="checkbox"/> ひとり親(手交) <input type="checkbox"/> 重度医療(手交)
記号番号		<input type="checkbox"/> 他()				<input type="checkbox"/> 年金得喪 税 返納金 特定疾患 済 不要 案内 説明 届出 該当 有・無		済 不要 案内 説明 有・無					
取得時の住基確認		世帯番号		国保記号番号		世帯番号=国保記号番号		<input type="checkbox"/> 又は×を記入 ×は新番号で台帳新規作成					