

《国民健康保険・退職被保険者 資格取得（適用開始）・喪失（終了）届》

西原町長 殿

取得（開始）理由		1 転入 2 社会保険離脱 3 生活保護廃止 4 出生 5 その他（ ）						
喪失（終了）理由		1 転出 2 社会保険加入 3 生活保護開始 4 死亡 5 その他（ ）						
番号	フリガナ	生年月日	続柄	備考	保険税			
	取得（開始）または喪失（終了）する人	個人番号			担当			
		個人番号			遅延理由書 有・無		理由：	
		個人番号					①代理転記	
		個人番号						
		個人番号						
4				本人確認 免許証・☑カード・パスポート・2点確認 在留カード				
5				非自発的関連の説明	任意継続の説明			
6				(済・未) ↓ (該当・非該当)	(済・未・20日経過) 病院受診 (有 / ・無)			
従前の住所	都道 府県	市町 村	職業	1 会社員 2 自営業 3 学生 4 その他	病院での保険証提示の説明	返納金の説明		
(前住所・前世帯からの)世帯構成の変更	(有・無)	世帯の継続性	(有・無)		年 月 日			
転入先の世帯主 (すでにある世帯へ転入の場合)		転入先世帯の証番号		出産費 (有・無)	葬祭費 (有・無)			
新世帯主 (変更がある場合のみ)				特定同一世帯 (該当・非該当)	マイナンバー変更 (有・無)			
1月1日の住所	町内・町外 (簡易申告 済・未)			分契 (有・無)	□ 座 (有・無)			
世帯主	住所	西原町		納付書発行	(有・無) ¥			
	氏名	氏名			納付書期限 /			
	個人番号			保険証	還付 (有・無) ¥			
	生年月日	年 月 日			交付	※届出日と異なる場合のみ交付日記入 /		
	TEL	自宅	携帯		訂正	/ まで		
窓口に来られた方 (世帯主以外)	住所	(□世帯主と同住所)		回収	済 (/)			
	氏名	氏名	続柄		未 (返信用) ⇒ (/)			
	個人番号			受付	入力 済・未			
	生年月日	年 月 日		届出年月日	年 月 日			
	TEL	自宅	携帯		西国	-		

*太枠の中のみご記入ください。