

国民健康保険資格（□取得 □喪失 □変更）届出書

遠賀町長 殿

太枠欄をご記入ください。

届出日	令和 年 月 日			
届出者	氏名	電話 - -		
	住所			
	世帯主からみた関係 <input type="checkbox"/> 世帯主本人 <input type="checkbox"/> 世帯員() <input type="checkbox"/> その他()			
住所	<input type="checkbox"/> 同上			
世帯主	氏名	(個人番号)		
1	(フリガナ)	世帯主との続柄	マイナンバーカード(※)の健康保険証利用登録の有無(資格喪失時は☑不要)	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無
	氏名	男・女		
	生年月日	昭・平・令 年 月 日	(個人番号)	
2	(フリガナ)	世帯主との続柄	マイナンバーカード(※)の健康保険証利用登録の有無(資格喪失時は☑不要)	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無
	氏名	男・女		
	生年月日	昭・平・令 年 月 日	(個人番号)	
3	(フリガナ)	世帯主との続柄	マイナンバーカード(※)の健康保険証利用登録の有無(資格喪失時は☑不要)	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無
	氏名	男・女		
	生年月日	昭・平・令 年 月 日	(個人番号)	
4	(フリガナ)	世帯主との続柄	マイナンバーカード(※)の健康保険証利用登録の有無(資格喪失時は☑不要)	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無
	氏名	男・女		
	生年月日	昭・平・令 年 月 日	(個人番号)	
5	(フリガナ)	世帯主との続柄	マイナンバーカード(※)の健康保険証利用登録の有無(資格喪失時は☑不要)	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無
	氏名	男・女		
	生年月日	昭・平・令 年 月 日	(個人番号)	

※ マイナンバーカードは、有効期限内かつ電子証明書(5年毎に更新が必要)が有効であるものに限ります。

※ 住所地特例、マル学は別様式

職員記入欄				
記号-番号	070 -			
異動年月日	令和 年 月 日			
【取得】	<input type="checkbox"/> 非自発 <input type="checkbox"/> 旧被扶 <input type="checkbox"/> 70歳以上(高齢受給者証)			
【喪失】 【変更】	<input type="checkbox"/> 証回収(回収済・破棄依頼) <input type="checkbox"/> 喪失後・変更前 受診確認			
異動事由	<input type="checkbox"/>	転入	<input type="checkbox"/>	転出
	<input type="checkbox"/>	転居	<input type="checkbox"/>	死亡
	<input type="checkbox"/>	社保離脱	<input type="checkbox"/>	社保加入
	<input type="checkbox"/>	後期喪失	<input type="checkbox"/>	後期加入
	<input type="checkbox"/>	生保廃止	<input type="checkbox"/>	生保開始
	<input type="checkbox"/>	出生		
	<input type="checkbox"/>	(住所・氏名)変更 世帯(主変更・分離・合併)		
【資格確認書】		受付・確認	税務課	
<input type="checkbox"/>	1年間			
<input type="checkbox"/>	短期間 /			