

# 国民健康保険被保険者資格取得届

以下のものを持参してください(郵送の場合はコピーを同封)

- ①身分証明書 ②離職票もしくは保険資格喪失通知
- ③マイナンバーのわかるもの(世帯主および加入者全員分)

<b>太枠</b>	の部分に記載してください。	加入区分	新規 ・ 追加	世帯主の被保険者の資格の有無	有 ・ 無	左記のとおり届け出ます _____ 年 月 日  <b>【住所】</b> 野々市市 _____ _____  <b>【世帯主氏名・個人番号】</b> _____ _____ _____
被保険者証番号		資格取得年月日		年 月 日		
被保険者となる者の氏名		続柄	性別	生年月日	個人番号	
1			男・女	昭令平 年 月 日	_____	
2			男・女	昭令平 年 月 日	_____	
3			男・女	昭令平 年 月 日	_____	
4			男・女	昭令平 年 月 日	_____	
5			男・女	昭令平 年 月 日	_____	

資格取得事由	社会保険離脱	1 証明書確認 2 勤務先(保険組合)確認 3 年金記録確認		
	記号	勤務先名	電話	
	番号	勤務先所在地	資格	退職日( 年 月 日) 喪失日( 年 月 日)
		年金記録	備考	
	国保組合離脱	1 証明書確認 2 勤務先(保険組合)確認		
	記号	勤務先名	電話	
	番号	勤務先所在地	資格	退職日( 年 月 日) 喪失日( 年 月 日)
	生活保護廃止	1 福祉総務課確認 2 その他( )		
	その他			
	※市処理欄			
申請者氏名	<input type="checkbox"/> 世帯主 <input type="checkbox"/> 世帯員			
身元確認	<input type="checkbox"/> 運転免許証 <input type="checkbox"/> マイナンバーカード <input type="checkbox"/> 在留カード <input type="checkbox"/> 2点(キャッシュカード/クレジットカード/通帳/年金手帳) <input type="checkbox"/> その他( )			
代理権の確認	<input type="checkbox"/> 委任状 <input type="checkbox"/> 本人の被保険者証 その他( )			

野々市市長 栗 貴 章 あて

※市処理欄				
申請者氏名	<input type="checkbox"/> 世帯主 <input type="checkbox"/> 世帯員			
身元確認	<input type="checkbox"/> 運転免許証 <input type="checkbox"/> マイナンバーカード <input type="checkbox"/> 在留カード <input type="checkbox"/> 2点(キャッシュカード/クレジットカード/通帳/年金手帳) <input type="checkbox"/> その他( )			
代理権の確認	<input type="checkbox"/> 委任状 <input type="checkbox"/> 本人の被保険者証 その他( )			

受付	保険証の交付	個人番号の確認	納付方法	70歳以上保険証	過年度	非自発	40歳以上	備考
	月 日 交付・郵送	<input type="checkbox"/> 住基情報 <input type="checkbox"/> 通知カード <input type="checkbox"/> マイナンバーカード その他( )	<input type="checkbox"/> 口座振替 新規・継続・変更・廃止 <input type="checkbox"/> 納付書	<input type="checkbox"/> 2割 <input type="checkbox"/> 3割 <input type="checkbox"/> 今月70歳到達	賦課要件 年度 <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 新規 <input type="checkbox"/> 継続 <input type="checkbox"/> 中止	<input type="checkbox"/> 特定健診の移行 渡す (4-10月まで)	