

# 国民健康保険被保険者資格取得届

「**太枠**」の部分に記載してください。

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退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）

世帯主宛名番号		加入区分	新規・追加	世帯主の被保険者の資格の有無	有・無
被保険者番号		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	マイナ保険証の有無	個人番号
1 国保 花子	妻	男 <input checked="" type="radio"/> 女 <input checked="" type="radio"/>	60年 1月 1日	<input checked="" type="radio"/> 有 <input type="radio"/> 無	0 2 3 4   5 6 7 8   9 0 1 2
2					
3					
4					
5					

★マイナンバーカードの保険証利用登録をしている ⇒ 「有」に○  
 ☆マイナンバーカードの保険証利用登録をしていない  
 または  
 ☆マイナンバーカードを作っていない ⇒ 「無」に○  
 -----  
 ※わからない場合は、マイナポータルで確認することができます

左記のとおり届け出ます

令和●年 ●月 ●日

【住所】  
野々市市 三納一丁目1番地

【世帯主氏名・個人番号】  
国保 太郎  
2 3 4 5 | 6 7 8 9 | 0 1 2 3

【連絡先(電話番号)】  
携帯・自宅  
〔世帯主 世帯員( )〕  
090 - 1234 - 5678  
野々市市長 粟 貴章 あて

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 ○×株式会社 電話 000-000-0000
	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

申請者名  世帯主  世帯員

身元確認  運転免許証  マイナンバーカード\*  在留カード\*  
 2点(キャッシュカード/クレジットカード/通帳/年金手帳)  
 その他( )

代理権の確認  委任状  
 本人の資格確認書等  
 その他( )

※市処理欄

受付	交付	個人番号の確認	納付方法	全員	40歳以上	備考
健康保険証の利用登録 本人申出 標準システム <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 資格情報のお知らせ <input type="checkbox"/> 資格確認書	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"/> 加入者向けのチラシ渡す	<input type="checkbox"/> 特定健診のチラシ渡す(4-9月まで)	