

兵庫県加古川市長 様

国民健康保険異動届 (1)
(Application for the National Health Insurance)

(for applicant)

※太枠の部分だけ記入してください。
1~6については、今回国保へ加入もしくは喪失する方の全員分の情報を記載してください。

(注)国民健康保険への加入は、職場の健康保険の資格がなくなった日(資格喪失日)からしか手続きできません。(資格喪失日前の申請は受付できません。)

届出人 住所 (Address) 氏名 (Name) 連絡先 (Tel) - -

届出(受付) 令和 年 月 日 (year) (month) (day) 事由 適用開始 適用終了 国保異動区分 1 一部開始 2 全部開始 3 一部終了 4 全部終了 証有効期限 年 月 日 国保証番号

Table with columns: 氏名 (Name of All Members), 生年月日 (Birth Date), 性別 (Sex), 世帯主との続柄 (Relationship with the head), マイナンバー (Individual Number), 国保異動年月日, 旧証回収, 宛名番号. Includes rows for family members 1-6.

加入・喪失する人は全員記入してください。

説明事項等 保険料金 減免制度 旧被扶養者 高齢受給者証 (70~74歳) 所得申告 口座振替 国民年金 福祉医療 不当利得 備考 本人確認 番号確認 代理権確認 運転免許証 マイナンバーカード パスポート その他 () 証交付 窓口 郵送 センター受付 国保課受付 国保確認 1回目 2回目 保険者名 事業所名 健康保険資格取得(喪失)日 平令 年 月 日 取得喪失