国民健康保険被保険者　資格取得 資格喪失 住所氏名変更 届

被保険者記号番号		資格取得喪失変更年月日	年　月　日
新旧 住所		世帯主	

	氏名	世帯主との続柄	性別	生年月日	資格取得・資格喪失 住所氏名変更等理由
1			女	年　月　日	1．取得理由 加入区分（新規・追加） □転　入 □社保離脱 □国組離脱 □生保廃止 □出　生 □その他 （　　） 2．喪失理由 喪失区分（全部・一部） □転　出 □社保加入 □国組加入 □生保開始 □死　亡 □その他 （　　） 3．変更理由 □住所変更 □世帯主変更 ・世帯主→擬制世帯主 ・擬制世帯主→世帯主 □氏名変更 □続柄変更 □その他 （　　）
	マイナンバーカードの健康保険証利用登録※	有　無	男	個人番号	
2			女	年　月　日	
	マイナンバーカードの健康保険証利用登録※	有　無	男	個人番号	
3			女	年　月　日	
	マイナンバーカードの健康保険証利用登録※	有　無	男	個人番号	
4			女	年　月　日	
	マイナンバーカードの健康保険証利用登録※	有　無	男	個人番号	
5			女	年　月　日	
	マイナンバーカードの健康保険証利用登録※	有　無	男	個人番号	
6			女	年　月　日	
	マイナンバーカードの健康保険証利用登録※	有　無	男	個人番号	
7			女	年　月　日	
	マイナンバーカードの健康保険証利用登録※	有　無	男	個人番号	
8			女	年　月　日	
	マイナンバーカードの健康保険証利用登録※	有　無	男	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が有効であるものに限る

上記のとおり届出します。

年　月　日

世帯主
住　所＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿
氏　名＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿
電話（　　－　　－　　）

空知中部広域連合長　様