

国民健康保険資格 取得 喪失 届

国民健康保険の加入・脱退にあたり、下記及び裏面の事項について届出します。

(提出先) 足立区長

届出年月日 年 月 日

世帯主	氏 名		窓口に 来た人	(署 名) ※世帯主の方は省略可		マイ ナン バー カード 利用 の登 録の 健康 保険 無証	個人 番号 の変 更も 記入 して 有無 (有の 方は い)	
	フリガナ			フリガナ				
	住所 足立区			世帯主との続柄 ()				
	電話			住所※世帯主または世帯主と同一世帯の方は省略可				
氏名・マイナンバー (個人番号)			世帯主 との続柄	生 年 月 日	性別	職 業		
取得 また は喪 失す る人	1	フリガナ		昭 平 令	男 女	1. 会社員 2. 自営業 3. アルバイト 4. なし 5. その他 ()	有 ・ 無	有 ・ 無
		氏名						
		マイナンバー (個人番号)						
	2	フリガナ		昭 平 令	男 女	1. 会社員 2. 自営業 3. アルバイト 4. なし 5. その他 ()	有 ・ 無	有 ・ 無
		氏名						
		マイナンバー (個人番号)						
	3	フリガナ		昭 平 令	男 女	1. 会社員 2. 自営業 3. アルバイト 4. なし 5. その他 ()	有 ・ 無	有 ・ 無
		氏名						
		マイナンバー (個人番号)						
	4	フリガナ		昭 平 令	男 女	1. 会社員 2. 自営業 3. アルバイト 4. なし 5. その他 ()	有 ・ 無	有 ・ 無
		氏名						
		マイナンバー (個人番号)						
転入時の世帯構成の変更の有無(平成30年4月1日以降に都外から転入した場合)						有 ・ 無		
①国民健康保険の資格を取得する理由 □退職した □雇用形態が変わった □扶養から外れた □その他				①国民健康保険の資格を喪失する理由 □就職した □雇用形態が変わった □扶養になった □その他				
②他の保険を喪失した方のお名前				②他の保険に加入した方のお名前				
③生年月日 年 月 日				③生年月日 年 月 日				
④会社の名称または保険者名				④会社の名称または保険者名				
⑤会社等の健康保険を喪失した日 (退職日の翌日) 年 月 日				⑤会社等の健康保険に加入した日 年 月 日				
特記事項								

保険料の納付方法		1. 口座引落とし 2. 窓口払い	
記 号 番 号		取得	7. 新規加入 4. 一部加入
2 1 - -		喪失	7. 全部喪失 4. 一部喪失
事由コード	得喪等年月日		
	年 月 日		
取得事由等		喪失事由等	
01-転 入 03-社保離脱 04-国保組合離脱 (裏面記入) 05-生保廃止 06-出 生 10-外国人登録 (法30条の47) 11-帰化・国籍取得 18-特例該当 19-遡及取得 (2年度前の4月1日取得) 28-後期高齢離脱 29-その他 (取得)		70-転出 72-社保加入 73-国保組合加入 74-死亡 78-生保開始 79-帰化・国籍離脱 80-住記職権消除 81-国保職権消除 85-特例非該当 86-在留期限切 87-当初より資格なし 91-後期高齢加入 90-その他 (喪失)	
備考取得	□擬主説明 □指定書コピー □口振案内 普主・擬主		
備考喪失	□保険料説明・清算 □ マル乳・子・青 普主・擬主 □擬主書 (要・否)		
チェックリスト		年度簡易申告	
□記入不備なし □資格確認書等種別 (一般・お知らせ・特療) □取得喪失事由及び取得喪失日 (書面・システム・電話) □国保加入資格有 □本人 (氏名・生年月日・性別・住所)			
国保課処理欄 □保険料 □世帯合算 □RE案内 □HF □マル乳・子・青案内 □産前・産後案内			
個人番号確認	□マイナンバーカード □個人番号通知書 □住民票		
本人確認	□免許証 □バ スポ ート □マイナンバ ーカード □在留カード □年金手帳 □その他 ()		
本人確認 (窓口交付)	□免許証 □バ スポ ート □マイナンバ ーカード □在留カード □年金手帳 □領収書 □郵便物 □その他 ()		
受付場所	国保課・ () 区民事務所		
受付	確認	入力	端末処理日 ・ ・
国保課処理欄	種別	交付方法	資格 確認書 高 齢 証
点 検	処理 資格確認書 お知らせ 高 齢 証	手渡し 郵 送	旧証 回収 有 無 有 無
資格確認書・高 齢 証を受領しました。 年 月 日			
氏 名 (署名)			

●太枠の中を記入してください(国保組合離脱の方は裏面も記入してください)

確 認 依 頼

証明書記載事項不備等により、確認が必要な場合は下記に記入してください。

会社に勤めていた人の名前	フリガナ
生年月日	年 月 日
会 社 名	フリガナ
会 社 電 話 番 号	
国民健康保険加入の理由	1. 退職した為（ 年 月 日退職） 2. 社会保険の扶養削除の為 3. 勤務形態の変更の為

☆確認（職員記載）欄☆

退 職 年 月 日	年 月 日	会社 担当者	
社会保険喪失日 （国保取得日）	年 月 日	確認者 （職員）	

国保組合喪失による加入の方は、下記に記入してください。

事業所名		法 人 ・ 個 人
業 種		従業員数（ 人）
喪失事由	退職・法人解散・廃（休）業・世帯分離・その他（ ）	

※個人番号の変更の有無

対象者氏名	変更時期
	年 月 頃
	年 月 頃
	年 月 頃
	年 月 頃
	年 月 頃

「特定活動」の内容 Contents of Designated Activities
※指定書を提示 Presentation of Certificate of Designation

（ビザが「特定活動」であり、医療及びその看護を目的、または観光・保養目的の場合、国保加入は出来ません。）

誓 約 書

（提出先）

足立区長

↓該当する番号に○をつけ、必要事項を記入してください。

資格確認書未返還者

1	全 員	
2	未返還の方 のお名前	

理由

1	紛失・その他（ ）のため、資格確認書を返還できませんが、後日発見したときは、その資格確認書を使用せず、必ず返還します。
2	資格確認書を忘れたため、返還できませんが、その資格確認書は使用せず、後日必ず返還します。

国民健康保険の資格喪失後、資格確認書を使用した場合は、その分の医療費をお返しします。

●世帯主氏名

●届出人氏名

世帯主との関係（ ）