河合町長殿

国民健康保険被保険者資格（取得・変更・喪失）届

【記入例】

記号番号	奈 ３４	資格 ☐取得 ☐喪失	年月日	今
取得の場合	加入区分		険者有無	

異動される全員の氏名、個人番号、続柄、性別、生年月日をご記入ください。

該当する方にチェックを入れてください。

該当する項目にチェックを入れてください。

	個人番号 / フリガナ / 被保険者の氏名	続柄	性別	生年月日	マイナンバーカード（※）健康保険証利用登録の有無	資格 取得理由	資格 喪失理由
1	カワイ　タロウ 河合　太郎	本人	(男)・女	☑昭和 ☐平成 ☐令和 50年1月1日	☐有 ☑無	☑社会保険離脱	☐社会保険
2	カワイ　ハナコ 河合　花子	妻	男・(女)	☑昭和 ☐平成 ☐令和 50年1月1日	☐有 ☐無	☐転入 ☐出生	☐転出 ☐死亡
3			男・女	☐昭和 ☐平成 ☐令和 年月日	☐有 ☐無	☐生保廃止 ☐後期離脱	☐生保開始 ☐後期加入
4			男・女	☐昭和 ☐平成 ☐令和 年月日	☐有 ☐無	☐転居 ☐世帯分離	☐転居 ☐世帯分離
5			男・女	☐昭和 ☐平成 ☐令和 年月日	☐有 ☐無	☐その他	☐その他

上記の異動事由発生日　令和　年　月　日

※ マイナンバーカードは、有効期限内かつ電子証明書（5年毎に更新が必要）が有効であるものに限ります。

上記のとおり届けます。

令和　年　月　日

世帯主住所　河合町 池部1丁目1番1号

（届出人住所）（　　）

個人番号

世帯主氏名　河合　太郎

（届出人氏名）（　　）

TEL（(自宅)・携帯）　０７４５－５７－０２００

異動日をご記入ください。
（退職日、転入日、出生日など）

記入日、住所、氏名、個人番号、電話番号をご記入ください。

整理事項	証等回収	確認書お知らせ交付	電算異動	助産費	葬祭費	退職	擬制世帯
						☐☐非該当	☐☐非該当

資格確認書：マイナ保険証「無」の方
資格情報のお知らせ：マイナ保険証「有」の方
該当する方にチェックいただき、届出人の方の氏名、届出日をご記入ください。

者名

☐ 本届出の☑資格確認書　を受領しました。
☐資格情報のお知らせ
河合　太郎
令和　年　月　日

☐ 取得理由が「転入」の場合、１月１日現在の住所が住民異動届記載の住所と違う

上記項目に該当する場合はご記入ください。