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	令和　年　月　日
取得の場合	加入区分	国保組合	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（※）の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	☑社会保険加入
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	□転出
3			男・女	□昭和 □平成 □令和 年月日	□有 □無	□出生	□死亡
4			男・女	□昭和 □平成 □令和 年月日	□有 □無	□生保廃止	□生保開始
5			男・女	□昭和 □平成 □令和 年月日	□有 □無	□後期離脱	□後期加入
						□転居	□転居
						□世帯分離	□世帯分離
				上記の異動事由発生日		□その他	□その他
						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。

葬祭費	退職	擬制世帯
	□□非該当	□□非該当

チェック　／　／　／

備考

□ 後期高齢加入による被扶養者の国保加入
被保険者名

□ 本届出の資格確認書を受領しました
令和　年　月　日

□ 本届出の資格情報のお知らせを受領しました。
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

異動日をご記入ください。
（社会保険加入日、転出日、死亡日など）

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

記入日、住所、氏名、個人番号、電話番号をご記入ください。