

国民健康保険被保険者

資格取得
資格喪失適用開始
適用終了 届

保険料のお支払は、口座振替が原則です。

(1/2)

中野区長 宛て

※太線の中を記入してください。

※この届出のうち、事務処理に必要な事項は、電子計算組織に記録し処理します。

届出にきた人	フリガナ氏名 氏名	世帯主との関係				
		電話番号	()			
届出年月日	年 月 日	フリガナ世帯主氏名				
		世帯主の個人番号				
現住所	中野区	丁目	番	号		
	電話番号	()				
従前の住所又は変更後の住所	丁目 番 号					
記号番号(枝番)	資格を取得又は喪失する人 適用を開始又は終了する人 (注1、注2)	性別	生年月日	世帯主との続柄	職業等	
14 - ()	フリガナ	男・女	・	・		
		個人番号				
		個人番号の変更時期 年 月 日				
14 - ()	フリガナ	男・女	・	・		
		個人番号				
		個人番号の変更時期 年 月 日				
14 - ()	フリガナ	男・女	・	・		
		個人番号				
		個人番号の変更時期 年 月 日				
14 - ()	フリガナ	男・女	・	・		
		個人番号				
		個人番号の変更時期 年 月 日				
国民健康保険の資格を取得する理由 (適用を開始する)			国民健康保険の資格を喪失する理由 (適用を終了する)			
ア (退職した)会社等の名称			ア (就職した)会社等の名称			
電話 ()			電話 ()			
<input type="checkbox"/> 退職した <input type="checkbox"/> 任意継続が終了した <input type="checkbox"/> 雇用形態が変わった <input type="checkbox"/> 扶養からはずれた (続柄) どなたの (氏名)			<input type="checkbox"/> 就職した <input type="checkbox"/> 雇用形態が変わった <input type="checkbox"/> 扶養になった (続柄) どなたの (氏名)			
イ 会社等の健康保険の資格を喪失した日 (退職日の翌日) 年 月 日			イ 会社等の健康保険の資格を取得した日 年 月 日			
ウ 転入に伴う世帯構成又は世帯主の変更の有無 有の場合(レチェックをつける) <input type="checkbox"/>			ウ 転出に伴う世帯構成又は世帯主の変更の有無 有の場合(レチェックをつける) <input type="checkbox"/>			
エ 生活保護が廃止された(決定通知書添付) 年 月 日 廃止 生活介護担当確認			エ 生活保護が開始された(決定通知書添付) 年 月 日 開始 担当者印			

- 保険料説明済
 主宛の保険料請求説明済
 国保徴収係案内済
 国保給付係案内済
 国保給付係案内なし
 一部喪失
 マイナンバー不明

加入等		喪失等	
保険証	高齢証	保険証	高齢証
交付	交付	回収	回収
未交付	未交付	未回収	未回収
		紛失	紛失
交付	交付	回収	回収
未交付	未交付	未回収	未回収
		紛失	紛失
交付	交付	回収	回収
未交付	未交付	未回収	未回収
		紛失	紛失
証 郵 送			
<input type="checkbox"/> 書留		発送時期	
<input type="checkbox"/> 普通			

得喪等確認方法	得喪等年月日	記号番号	記号番号	区民年月日(注2) 年 月 日
1 証明書(NWS)				在留許可年月日(注2) 年 月 日
2 保険証		保険者名	社保 健保 国保 共済	在留期限(注2) 年 月 日
3 電話連絡		得喪等年月日		在留資格(注2)
4 その他		相手方担当者	<input type="checkbox"/> 会社 <input type="checkbox"/> 協会 <input type="checkbox"/> 健保 <input type="checkbox"/> 国保 <input type="checkbox"/> 共済	本人確認 <input type="checkbox"/> 個人番号カード <input type="checkbox"/> 運転免許証 <input type="checkbox"/> パスポート <input type="checkbox"/> 在留カード <input type="checkbox"/> その他
5 国保へFAX		資格賦課担当		個人番号確認書類・その他
取得(又は適用開始)		喪失(又は適用終了)		証発行 証回収
11 転入(外国人新規含)	31 転出(外国人喪失含)	新規加入 書替え 再交付	回収 書替え 職権 紛失 未着 証返戻 不現住	
12 社保離脱	32 社保加入			
13 生保廃止	33 生保開始			
14 出生	34 死亡			
15 職権適用開始	35 職権適用終了			
16 他適用開始(住所地特例を含)(注3)	36 他適用終了(住所地特例を含)(注3)			
18 組合離脱(国保組合)	38 組合加入(国保組合)			
〈関連する記号番号〉		記号番号1		
国保被保険者世帯と合併する場合の当該世帯の記号番号、又は世帯に他の国保被保険者がある場合はその者の記号番号		記号番号2		

- (注1) 特定同一世帯所属者に該当するときは裏面に記載事項あり。
 (注2) 入管法別表第一の五関係(在留資格が「特定活動」のもの)等について裏面に記載事項あり。
 (注3) 「国保連動なし」で住民異動処理(転入・転出等)をした後の国保資格処理など(「世帯主の変更」を伴う場合の記号番号変更処理を含)。

申立て欄 (世帯における他の国保被保険者の有無等を含む)

地域事務所名	受付番号	郵送	来庁	受付	入力	審査

様式第1号、第1号の2、第2号、第2号の2

国民健康保険被保険者

資格取得 適用開始 資格喪失 適用終了 届

※太線の中を記入してください。

記号番号 (枝番)	資格を取得又は喪失する人 (適用を開始又は終了する人) の氏名	特定同一世帯所属者の該当の有無 (注1、注4)	入管法別表第一の五関係(在留資格が「特定活動」のもの)等の事項			
			区民年月日	在留許可年月日	在留資格(注2)、活動目的(注5)	在留期間、在留期限
14 - ()	(表面に同じ)	有の場合 <input type="checkbox"/> (□にレチェックをつける) 該当年月日 年 月 日	年 月 日	年 月 日	<input type="checkbox"/> 特定活動(<input type="checkbox"/> 留学 <input type="checkbox"/> 家族滞在 <input type="checkbox"/>	在留期間 年 月 在留期限 年 月 日 まで
14 - ()	(表面に同じ)	有の場合 <input type="checkbox"/> (□にレチェックをつける) 該当年月日 年 月 日	年 月 日	年 月 日	<input type="checkbox"/> 特定活動(<input type="checkbox"/> 留学 <input type="checkbox"/> 家族滞在 <input type="checkbox"/>	在留期間 年 月 在留期限 年 月 日 まで
14 - ()	(表面に同じ)	有の場合 <input type="checkbox"/> (□にレチェックをつける) 該当年月日 年 月 日	年 月 日	年 月 日	<input type="checkbox"/> 特定活動(<input type="checkbox"/> 留学 <input type="checkbox"/> 家族滞在 <input type="checkbox"/>	在留期間 年 月 在留期限 年 月 日 まで
14 - ()	(表面に同じ)	有の場合 <input type="checkbox"/> (□にレチェックをつける) 該当年月日 年 月 日	年 月 日	年 月 日	<input type="checkbox"/> 特定活動(<input type="checkbox"/> 留学 <input type="checkbox"/> 家族滞在 <input type="checkbox"/>	在留期間 年 月 在留期限 年 月 日 まで

(注1～3) 表面記載のとおり。

(注4) 国民健康保険から後期高齢者医療制度へ移行された方のうち、後期高齢者医療制度の被保険者となった後も継続して同一の世帯に属する方を「特定同一世帯所属者」といいます。世帯主が変更になった場合やその世帯の世帯員でなくなった場合は特定同一世帯所属者ではなくなります。

(注5) 医療を受ける活動又は当該活動を行う者の日常生活上の世話をする活動等は適用除外です(国民健康保険に加入できません)。