

国民健康保険被保険者資格

取得(適用開始)(新規・追加)
喪失(適用終了)(一部・包括)

届 届出日 年 月 日

国保番号 茂 普 擬

世帯主	氏名	男 女	住所 茂原市	個人番号															
	年 月 日生			電話番号	()														

資格取得者 または 資格喪失者

被保険者記号・番号	フリガナ		性別	マイナ 保険証	続柄	職業	資格得喪 (適用開始・終了) 年月日	資格確 認書等 回収日	異動事由	交 付	
	氏 名	個人番号 生年月日								窓口・郵送	本人確認
茂 -			男・女	有・無				/	取得(適用開始)	<input type="checkbox"/> 転入 <input type="checkbox"/> 転出 <input type="checkbox"/> 脱生 <input type="checkbox"/> 離生 <input type="checkbox"/> 保廃止 <input type="checkbox"/> その他	<input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/> 個人番号カード <input type="checkbox"/> 運転免許証 <input type="checkbox"/> 旅券 <input type="checkbox"/> その他【 】
茂 -			男・女	有・無				/	喪失(適用終了)	<input type="checkbox"/> 転出 <input type="checkbox"/> 転入 <input type="checkbox"/> 加入 <input type="checkbox"/> 死亡 <input type="checkbox"/> 保開始 <input type="checkbox"/> その他	<input type="checkbox"/> B+B <input type="checkbox"/> B【 】 <input type="checkbox"/> B【 】
茂 -			男・女	有・無			/	<input type="checkbox"/> B+C <input type="checkbox"/> B【 】 <input type="checkbox"/> C【 】			
茂 -			男・女	有・無				/			

申請者 ※世帯主でない者が届ける 場合に記入	氏名	続柄()	個人番号																	
	住所	電話番号	()																	
口座													あり・なし	銀行名: 名義:						
支払い方法: 期別・全期													あり	世帯	増	被	—	人	入	使
過年度													滞納	なし	減	保	—	人	力	賦
																数		人	者	課
																				係