

国民健康保険資格得喪届

六ヶ所村長 様

税 務 課

世帯主	住所	六ヶ所村					届出日	令和 年 月 日		
	氏名			個人番号			被保険者証番号 六ヶ所			
	ふりがな 氏名	個人番号	生 年 月 日	マイナ保険証 の有無	性 別	続 柄	異動年月日	令和 平成 年 月 日		
1			昭・平・令 年 月 日	有・無	男・女		被保険者証 回収・抹消 令和 年 月 日			
2			昭・平・令 年 月 日	有・無	男・女		資格取得 (全部・一部)	資格喪失 (全部・一部)	変更	
3			昭・平・令 年 月 日	有・無	男・女		転入 生活保護廃止 出生 その他 社会保険離脱 国保組合離脱	転出 生活保護開始 死亡 その他 社会保険加入 国保組合加入 認定後期高齢	主変 婚姻 転居 世帯合併 世帯分離 姓変更	
4			昭・平・令 年 月 日	有・無	男・女					
5			昭・平・令 年 月 日	有・無	男・女					
6			昭・平・令 年 月 日	有・無	男・女					
7			昭・平・令 年 月 日	有・無	男・女					
							事業所	名称		
								所在地		
8			昭・平・令 年 月 日	有・無	男・女		健康保険証記号番号			
9			昭・平・令 年 月 日	有・無	男・女		交付 第116条 令和 年 月 日限り			

国保業務に限って個人番号(マイナンバー)を閲覧・転記、又は使用して所得情報を取得することに同意します。 氏名

自宅、その他電話	携帯電話	確認			
----------	------	----	--	--	--

備考	非自発的減免案内	<input type="checkbox"/> なし ・ <input type="checkbox"/> あり
	妊婦10割受給者証	<input type="checkbox"/> なし ・ <input type="checkbox"/> あり (新規 ・ 変更)
	保険証以外の証確認	<input type="checkbox"/> なし ・ <input type="checkbox"/> あり (高齢受給者証 ・ 限度額認定証 ・ 重度心身障害者医療費受給者証 ・ 特定疾病療養受療証)

国民健康保険資格得喪届

六ヶ所村長 様

税 務 課

世帯主	住所	六ヶ所村尾駁字野附475番地						届出日	令和 ○× 年 ○○ 月 ×× 日		
	氏名	六ヶ所 太郎		個人番号	○○○○○○○○○○○○			被保険者証番号 六ヶ所			
	ふりがな 氏名	個人番号	生 年 月 日	マイナ保険証 の有無	性 別	続 柄	世帯主のマイナンバーを記入して下さい。 わからない場合は記入せず、下の欄にご署名 をお願いいたします。				
1	ろっかしよ はなこ 六ヶ所 花子	○○○○○○○○○○○○	昭・平・令 38年 10月 3日	有・無	男・女	妻					
2	ろっかしよ じろう 六ヶ所 二郎	○○○○○○○○○○○○	昭・平・令 39年 10月 4日	有・無	男・女	子	令和 年 月 日	資格取得 (全部・一部)	資格喪失 (全部・一部)	変更	
3							転入	転出	主変		
4	保険証の異動がある方 の名前を記入して下さい。	マイナンバーを記入して下さい。 マイナンバーは12桁となります。 わからない場合は記入せず、下の欄 にご署名をお願いいたします。			マイナ保険証の登録 をしている場合は有、していない 場合は無に○を記		生活保護廃止	生活保護開始	婚姻		
5							出生	死亡	転居		
6			昭・平・令 年 月 日	有・無	男・女		その他	その他	世帯合併		
7			昭・平・令 年 月 日	有・無	男・女		社会保険加入	社会保険加入	世帯分離		
8			昭・平・令 年 月 日	有・無	男・女		国保組合加入	国保組合加入	世帯分離		
9			昭・平・令 年 月 日	有・無	男・女		国保組合離脱	認定後期高齢	姓変更		
							事業所	名称			
								所在地			
							健康保険証記号番号				
							交付	第116条 令和	ご署名をお願いします。		

国保業務に限って個人番号(マイナンバー)を閲覧・転記、又は使用して所得情報を取得することに同意します。 氏名 六ヶ所 太郎

自宅、その他電話	携帯電話	確認			
0175-72-○○○○	080-○○○○-○○○○				

備考	非自発的減免案内	<input type="checkbox"/> なし ・ <input type="checkbox"/> あり
	妊婦10割受給者証	<input type="checkbox"/> なし ・ <input type="checkbox"/> あり (新規 ・ 変更)
	保険証以外の証確認	<input type="checkbox"/> なし ・ <input type="checkbox"/> あり (高齢受給者証 ・ 限度額認定証 ・ 重度心身障害者医療費受給者証 ・ 特定疾病療養受療証)