

国民健康保険資格

適用開始
変更 届
適用終了

世帯番号	新	
	旧	
被保険者証 記号番号	新	
	旧	

世帯主	住所							
	氏名	宛名番号			個人番号			
		性別			電話・連絡先			
生年月日								

	宛名番号 個人番号	被保険者氏名			開始・変更・終了 年 月 日	区分		福祉医療費	備考
		生年月日	性別	続柄		一般	退職	高齢	
1					.	.	.	本人	
								扶養	
2					.	.	.	本人	
								扶養	
3					.	.	.	本人	
								扶養	
4					.	.	.	本人	
								扶養	
5					.	.	.	本人	
								扶養	

<備考>

適用開始・変更等				適用終了・変更等							
区分	新規	普通	1. 転入	年 月 日	区分	全部	普通	1. 転出	年 月 日		
			2. 社保離脱 国組	事業所名等				年 月 日	2. 社保加入 国組	事業所名等	年 月 日
			3. 生保廃止	年 月 日				3. 生保開始	年 月 日		
	一部 変更	擬制	4. 出生	年 月 日		4. 死亡	年 月 日				
			5. 後期離脱	年 月 日		5. 後期加入	年 月 日				
			6. その他 ()	新住所・世帯主等 ()		6. その他 ()	旧住所・世帯主等 ()				

国民健康保険被保険者証紛失届並びに誓約書 (該当者のみ)

このたび返還すべき被保険者証を(紛失・持参しなかった)ので、下記事項について誓約いたします。

記

1 返還すべき被保険者証は 年 月 日までに必ず返還します。

2 紛失した被保険者証を後日発見したときは、直ちに返還します。

3 資格適用終了後の診療については、貴市に一切負担をかけません。

() 庁舎			
本証・短期証・資証			
一般被保険者証		退職被保険者証	
<input type="checkbox"/>	交付	<input type="checkbox"/>	交付
<input type="checkbox"/>	変更	<input type="checkbox"/>	変更
<input type="checkbox"/>	回収	<input type="checkbox"/>	回収
<input type="checkbox"/>	未回収	<input type="checkbox"/>	未回収
処理			
受付		入力	照合

(宛先) 志摩市長
上記のとおり届けます。
年 月 日
申請者 住所 志摩市
氏名
個人番号
印 電話 () -