

国民健康保険被保険者資格

取得届・喪失届

届出日	年 月 日
資格異動日	年 月 日

別府市長 あて
下記のとおり届け出ます。

身元確認		番号確認
I 個力・運免・バス・住カ・障手・在力・他()		<input type="checkbox"/> 提示有り 個力・通カ・住民票・他() <input type="checkbox"/> 提示無し 職権(宛名・CS・)
II 健保・介保・年手・他() + II 健保・介保・年手・他()		
II 健保・介保・年手・他() + III 納通・他()		代理権確認
<input type="checkbox"/> 氏名 <input type="checkbox"/> 住所 <input type="checkbox"/> 生年月日 <input type="checkbox"/> 写真	<input type="checkbox"/> 氏名 <input type="checkbox"/> 住所 <input type="checkbox"/> 生年月日 <input type="checkbox"/> 写真	<input type="checkbox"/> 委任状 <input type="checkbox"/> その他(北°-添付)
記号番号	記号番号	
期限/交付日	期限/交付日	

届出人 (世帯主)	住所											被保険者記号番号
	氏名	印										べつぷ
	電話	個人番号										
代理人 ※世帯主が届出る場合記入不要	住所											1 同一世帯 2 代理人 ※世帯主から見た関係()
	氏名	印										
	電話											
転入前/転出先住所												

確認事項			
資格	事由	取得	喪失
		<input type="checkbox"/> 転入 <input type="checkbox"/> 出生 <input type="checkbox"/> 社保離脱 <input type="checkbox"/> 国組離脱 <input type="checkbox"/> 生保廃止 <input type="checkbox"/> 3年遡及 <input type="checkbox"/> その他()	<input type="checkbox"/> 転出 <input type="checkbox"/> 死亡 <input type="checkbox"/> 社保加入 <input type="checkbox"/> 国組加入 <input type="checkbox"/> 生保開始 <input type="checkbox"/> 障害認定 <input type="checkbox"/> その他()
異動		<input type="checkbox"/> 全員 <input type="checkbox"/> 一部	
世帯動		<input type="checkbox"/> 普通世帯 <input type="checkbox"/> 擬制世帯(擬主説明済 <input type="checkbox"/>)	
任継		<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 満了 <input type="checkbox"/> しない <input type="checkbox"/> 脱退 (試算済 <input type="checkbox"/>)	
保険税	口座	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有(可・抹消・停止依頼済)	
	滞納	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有(北°-済 <input type="checkbox"/> 税係対応済[担当:])	
	納付書等	期(更正)納付書/通知書 月に届くこと伝え済 <input type="checkbox"/> 仮賦課説明済 納付書渡し済 <input type="checkbox"/> 遡及説明済 窓口納付済	
	還付	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有(普徴・特徴 <input type="checkbox"/> 充当)	
	減免	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 後日	<input type="checkbox"/> 督促状 <input type="checkbox"/> 説明済 <input type="checkbox"/> 抜取依頼済
病院受診	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有(療養費説明・病院連絡説明・病院証待ち)		
出産一時金/葬祭費 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有(済・後日・充当)			
<input type="checkbox"/> 40歳以上特定健診説明済		<input type="checkbox"/> 取得・加入期間証明交付済	
[Memo]			
(期 円へ)			

異動者氏名	続柄	性別	生年月日	年齢	取得		喪失	
					加入状況	住民日	理由及び処理経過	証回収区分
個人番号		男・女	月 日 年	歳	<input type="checkbox"/> 一般 <input type="checkbox"/> 退本 <input type="checkbox"/> 退扶 <input type="checkbox"/> 所得等	<input type="checkbox"/> 回収 <input type="checkbox"/> 未更新 <input type="checkbox"/> 未回収 <input type="checkbox"/> 誓約 <input type="checkbox"/> 期日訂正		
個人番号		男・女	月 日 年	歳	<input type="checkbox"/> 一般 <input type="checkbox"/> 退本 <input type="checkbox"/> 退扶 <input type="checkbox"/> 所得等	<input type="checkbox"/> 回収 <input type="checkbox"/> 未更新 <input type="checkbox"/> 未回収 <input type="checkbox"/> 誓約 <input type="checkbox"/> 期日訂正		
個人番号		男・女	月 日 年	歳	<input type="checkbox"/> 一般 <input type="checkbox"/> 退本 <input type="checkbox"/> 退扶 <input type="checkbox"/> 所得等	<input type="checkbox"/> 回収 <input type="checkbox"/> 未更新 <input type="checkbox"/> 未回収 <input type="checkbox"/> 誓約 <input type="checkbox"/> 期日訂正		
個人番号		男・女	月 日 年	歳	<input type="checkbox"/> 一般 <input type="checkbox"/> 退本 <input type="checkbox"/> 退扶 <input type="checkbox"/> 所得等	<input type="checkbox"/> 回収 <input type="checkbox"/> 未更新 <input type="checkbox"/> 未回収 <input type="checkbox"/> 誓約 <input type="checkbox"/> 期日訂正		

課長	係長	審査	保険証	受付
----	----	----	-----	----

資格入力			
------	--	--	--

福祉事務所担当者確認
年 月 日付け
停止・廃止 / 開始・停止解除 担当印