

# 記載例

国民健康保険被保険者資格

社会保険をやめた場合または他市町村から転入してきた場合等  
国民健康保険に加入するとき  
→「取得届」に○をつけてください

## 取得届

届出日 令和 XX 年 XX 月 XX 日  
資格異動日 令和 年 月 日

別府市長 あて  
下記のとおり届け出ます。

記号番号  
期限/交付日

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

届出人 (世帯主)	住所	別府市上野口町1番15号										被保険者記号番号 べつぷ										
	氏名	別府 太郎 <span style="border: 1px solid red; border-radius: 50%; padding: 2px;">印</span>																				
	電話	0977-21-1111			個人番号 1 2 3 4 5 6 7 8 9 0 1 2																	
代理人 ※世帯主が届出る場合記入不要	住所	他市町村から転入してきた方は 転入前住所を記入してください										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"/> 転出 <input type="checkbox"/> 死亡
		<input type="checkbox"/> 社保離脱 <input type="checkbox"/> 国組離脱	<input type="checkbox"/> 社保加入 <input type="checkbox"/> 国組加入
		<input type="checkbox"/> 生保廃止 <input type="checkbox"/> 3年遡及	<input type="checkbox"/> 生保開始 <input type="checkbox"/> 障害認定
異動	世帯	<input type="checkbox"/> 全員 <input type="checkbox"/> 一部	
		<input type="checkbox"/> 普通世帯 <input type="checkbox"/> 擬制世帯 (擬主説明済 <input type="checkbox"/> )	
		<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"/> )	
		<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 (可・抹消・停止依頼済)	
任	納付書等	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 ( <input type="checkbox"/> 北°-済 <input type="checkbox"/> 税係対応済[担当: ] )	
		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	
保	還付	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 (普徴・特徴 <input type="checkbox"/> 充当)	
		<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 後日 督促状 <input type="checkbox"/> 説明済 <input type="checkbox"/> 抜取依頼済	
		<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)	
險	減免	<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 円入 )	

異動者氏名	続柄	性別	生年月日	年齢	取得		喪失	
					マイナ保険証	住民日	理由及び処理経過	証回収区分
別府 太郎	主	男	昭平 62 年 1 月 1 日	29 歳	有 無	.	.	<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 1 2 3 4 5 6 7 8 9 0 1 2		女	1 月 1 日		所得等			
別府 花子	妻	女	昭平 2 年 1 月 1 日	26 歳	有 無	.	.	<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 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 0 1		男	昭平 年 月 日	歳	所得等			
		女	昭平 年 月 日	歳	所得等			
		男	昭平 年 月 日	歳	所得等			
		女	昭平 年 月 日	歳	所得等			

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			
平成 年 月 日付			
停止・廃止 / 開始・停止解除			担当印