

記載例

国民健康保険被保険者資格

取得届・喪失届

社会保険に加入した場合または他市町村に転出する場合等
国民健康保険を脱退するときは
→「喪失届」に○をつけてください

届出日	XX年XX月XX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。

記号番号 期限/交付日	記号番号 期限/交付日
----------------	----------------

確認事項	番号確認
健康・介護・年手・他()	<input type="checkbox"/> 提示有り 個人・通力・住民票・他()
納通・他()	<input type="checkbox"/> 提示無し 職権(宛名・CS・)
氏名 <input type="checkbox"/> 住所 <input type="checkbox"/> 生年月日 <input type="checkbox"/> 写真	代理権確認
	<input type="checkbox"/> 委任状 <input type="checkbox"/> その他(北°-添付)

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										
	氏名	別府 太郎 印										べつぷ										
	電話	0977-21-1111			個人番号	1	2	3	4	5	6	7	8	9	0	1	2					
代理人 ※世帯主が届出する場合 記入不要	住所	別府市外へ転出する方は 転出先住所を記入してください										1 同一世帯										
	氏名											印										2 代理人
	電話																					※世帯主から見た関係 ()
転入前/転出先住所																						

確認事項			
資格	事由	取得	喪失
	異動 世帯 任継	<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()
		<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)	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有(北°-済 <input type="checkbox"/> 税係対応済[担当:])
保険税	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(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
別府 太郎	主	男	昭和 62 年 1 月 1 日	32 歳	一般退本退扶	.	.	<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
別府 花子	子	女	令和 元 年 5 月 1 日	歳	一般退本退扶	.	.	<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
		男	年 月 日	歳	一般退本退扶	.	.	<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
		女	年 月 日	歳	一般退本退扶	.	.	<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
		男	年 月 日	歳	一般退本退扶	.	.	<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
		女	年 月 日	歳	一般退本退扶	.	.	<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